Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

THESE

DE

Lincoln Araujo

RIO DE JANEIRO
TYP. MAIA & NIEMEYER, ALFANDEGA 6 E URUGUAYANA 47

1899

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica

PROPOSIÇÕES:

Tres sobre cada cadeira

THESE

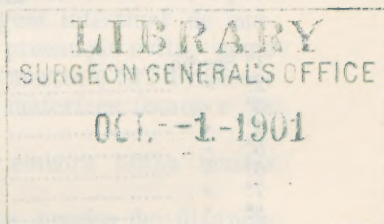
APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

afim de obter o grão de doutor em Medicina

POR

Lincoln Araujo

Natural do Estado de Minas Geraes

RIO DE JANEIRO
Maia & Niemeyer — Alfandega 6 e Uruguayana 47
1899

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR — Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
VICE-DIRECTOR — Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO — Dr. Eugenio do Espirito Santo de Menezes.

LENTES CATHEDRATICOS

DRS. :

João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medica.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia theorica e pratica.
Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Chimica analytica e toxicologica.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico cirurgica.
Domingos de Goes e Vasconcellos	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e mesologia.
Antonio Rodrigues Lima	Pathologia geral.
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica — 2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Clinica cirurgica — 1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica — 2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro	Clinica pedriatica.
Nuno de Andrade	Clinica medica — 1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

DRS. :

1ª Secção	
2ª »	Oscar Frederico de Souza.
3ª »	Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª »	Antonio Dias de Barros.
5ª »	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª »	Francisco de Paula Valladares.
7ª »	Miguel de Oliveira Couto.
8ª »	Augusto de Souza Brandão.
9ª »	Francisco Simões Corrêa.
10ª »	José Antonio de Abreu Fialho.
11ª »	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª »	Marcio Filaphiano Nery.

N. B.--A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

SUPPURAÇÕES PELVIANAS

CAPITULO I

Os progressos realisados pela cirurgia têm incontestavel valor e o diagnostico das affecções abdominaes, como o seu tratamento, têm caminhado de par com todos os progressos.

Ainda assim, e apezar de tudo, não realisamos o ideal almejado por todos os que se dedicam a estes estudos.

Os enganos surgem a cada passo, as hesitações a cada instante, os erros a cada momento.

As lesões, não podendo ser constatadas directamente, devem ser julgadas pelos symptomas que apresentam, e estes podem variar em dadas circumstancias.

A variedade da symptomatologia de qualquer molestia, e isto é conhecido de todos, é extraordinaria de individuo a individuo, sendo muitas vezes necessario ao clinico pôr em campo toda sua habilidade e pratica, para procural-a, conhecel-a.

Entre todas uma das mais variaveis é, sem duvida, a lesão dos annexos do utero, que revestem muitas vezes fórmas variegadas.

Quando a doente se apresenta em estado de não fazer logo suppôr uma affecção grave, sobretudo quando se julga tratar de lesões chronicas, é preciso administrar-lhe um purgativo na vespera, lavagem intestinal de manhã, para se fazer depois o exame completo. Essa precaução evita, como muitas vezes nos tem acontecido na clinica do nosso mestre o Sr. Professor Dr. Feijó Junior, confusão entre o Sliaco cheio de materiaes fecaes e os tumores dos annexos.

A anesthesia tem prestado relevantes serviços, embora tenha muitos detractores.

Dizem que o chloroformio supprime um elemento preciso do diagnostico—a dôr, e que faz correr grandes riscos á doente.

Estes argumentos, entretanto, não têm grande valor, por isso que, antes de se anesthesiar uma doente tentamos, pelo menos, examinal-a antes, pesquizando por esse modo primeiramente a dôr.

Quanto ao segundo argumento, apezar de não ser inteiramente innocuo, o chloroformio bem administrado não produz ou produz raramente accidentes desagradaveis.

Demais não ha ninguem que ainda não tenha obtido excellentes resultados com a anesthesia.

Quantos diagnosticos antes considerados certos, reformados em seguida ?

Ha doentes cujas paredes abdominaes são tão tensas e rijas, cujos reflexos são tão intensos, que não ha possibilidade de vencel-os, senão pela administracção do chloroformio, ou, conforme as tendencias do cirurgião, do ether.

O primeiro facto capital no diagnostico das affecções pelvianas, é a existencia ou ausencia de passado pelviano. No primeiro caso, alguns dias depois do parto, no curso de uma blenorrhagia recente, de uma metrite, uma mulher moça, apresenta-se com todos os signaes de uma lesão inflammatoria aguda.

Nestas condições, excluindo a hypothese de tumores suppurados, podemos pensar em pelvi-peritonite, hematocele, flegmão ou salpingite aguda.

Essas affecções, sendo umas extra e outras intra-peritoneaes, este póde ou não ser invadido concomitantemente.

Um ventre abahulado, dores augmentadas pela pressão, temperatura de 38°,5 a 39° e, sobretudo, pulso irregular, frequente, filiforme, indicam, na maioria dos casos, invasão do peritoneo.

Os vomitos rebeldes e frequentes são indicio de affecções peritoneaes.

Estes symptomas constituem signal excellente d'essas affecções, mas só o exame bi-manual póde precisar o diagnostico.

E' preciso saber que, muitas vezes, especialmente nos attaques agudos, este exame é, senão impossivel, ao menos muito difficultoso, porque as dores provocadas produzem logo contracções das paredes abdominaes, que tornão difficil, senão cruel, o prolongamento do exame.

Para se fazer o palpar combinado, deve-se introduzir o indicador na vagina e a outra mão aberta sobre o ventre.

O indicador direito introduzido na vagina examina perfeitamente o fundo de sacco lateral direito, posterior e anterior, mas deve ser substituido pelo indicador esquerdo, quando se tenha de examinar o lado esquerdo; sem essa precaução erros podem ser commettidos.

O dedo introduzido na vagina verifica o estado de suas paredes, que é um signal importante.

Os phlegmões pelvianos, situando-se mais geralmente na bainha hypogastrica, empastam logo as paredes vaginaes, de sorte que, podemos, desde que verificamos a normalidade das paredes vaginaes, excluir a hypothese de phlegmões.

Examinadas as paredes vaginaes, vamos verificar a situação do utero, mobilidade; a séde, fórma e situação do tumor.

Este póde localisar-se no fundo de sacco posterior ou lateraes.

No primeiro caso, isto é, quando o tumor é francamente posterior, quando deprime o fundo de sacco vaginal e recalca o utero para deante podemos excluir os flegmões. Si este tumor se desenvolveu rapidamente, si é

regular, lembrando a grossa extremidade de um ovo, não póde deixar de ser uma pelvi-peritonite ou um hematocele.

Estas affecções, occupando a mesma séde e tendo os mesmos signaes physicos podem facilmente ser confundidos. Os hematoceles são mais raros que as peritonites e muitas vezes se revelam por um signal importante : uma crepitação dos coalhos sanguineos, crepitação que póde mais ou menos ser comparada a sensação que deixa a pressão em um sacco contendo amido, ou, como dizem os francezes, é semelhante á crepitação da neve.

Na falta deste signal o diagnostico é difficil, senão, ás vezes, impossivel.

Entretanto, quando o doente apresenta no começo signaes de anemia profunda e ausencia de febre o diagnostico de hematocele se impõe.

E' opinião corrente entre os autores que, na pelvi-peritonite, a dôr e a febre se manifestam conjunctamente, ao passo que no hematocele a febre segue de 2 a 3 dias as dores.

Este facto, porém, nem sempre se verifica, porque na maioria dos casos concomitantemente com o sangue se introduzem no peritoneo productos septicos.

Além disso, accresce que nunca assistimos o inicio da molestia e que os commemorativos dados pela doente são, em geral, deficientes.

E por isso devemos, senão sempre, quasi sempre contar com a impossibilidade do diagnostico differencial.

Os tumores lateraes ou retro-lateraes podem ser devidos a salpingites, flegmões, peri-salpingites, etc.

Quando este tumor é bosselado e separado do utero por um sulco manifesto, e quasi sempre devido á inflammação da trompa ou do peritoneo peritubario.

Si, ao contrario, um mesmo tumor empasta a parede a vaginal, adhere ao utero e se confunde, por assim dizer, com elle; apresenta pequenas irregularidades, é, mais provavel que seja devido a fleimão.

E' isso o que podemos perceber no primeiro exame, incompleto e insufficiente, pelas razões acima expendidas.

No fim de alguns dias, quando as dores têm-se abrandado mais, os edemas da visinhança têm-se dissipado um pouco, o exame, sobretudo o exame bi-manual, deve ser completado.

As collecções pelvianas apresentão do lado do peritoneo, que as limita, contornos lisos e regulares, ao passo que do lado do tecido cellular ou das adherencias, apresentam irregularidades sensiveis.

As consequencias a tirar desse facto são importantes para o diagnostico differencial.

E' assim que as pelvi-peritonites, os hematoceles limitados inferiormente pelo fundo de sacco de Doglas e superiormente pelas asas intestinaes adherentes, são lisas e regulares em baixo, irregulares e bosseladas em cima.

O contrario se dá com os fleimões : estes são irregulares em baixo porque são limitados pelo tecido cellular, em cima, onde existe o peritoneo, a sensação é de tumor liso.

Além disso nos fleimões ha migrações de puz muito caracteristicas.

As difficuldades são maiores no segundo caso que figuramos, isto é, quando a doente tem um passado pelviano mais ou menos completo.

Não só podem existir as molestias agudas proprimente ditas e de rapido desenvolvimento, como tambem tumores inflammados e suppurados.

Quando o tumor é posterior é difficil affirmar a existencia de hematocele ou pelvi-peritonite, e ainda devemos pensar nos kystos do ovario inflammados e suppurados.

Ha, entretanto, um signal precioso que permittio a Martin fazer um bello diagnostico—a mobilidade mais ou menos perceptivel do tumor sobre o utero.

« Chez une femme robuste, multipare, il se developpe, six mois après son dernier acconchement, avec des signes instantanés d'anemie et d'irritation peritoniale, une tumeur qui remplissait et distendait toute la cavité de Douglas, qui occupait tout le bassin et refoulait la matrice en haut et en avant. L'anemie prononcée de la femme, la formation brusque... amenèrent le medecin de la famille a diagnostiquer une hematocèle...

La faiblesse toujours plus grande de la malade... amenèrent la famille à m'ajoindre à mon confrère.

L'exploration me donna les mêmes resultats qu'a ce dernier; mais, en ayant recours au chloroforme, je pus constater, après une palper assez penible des parois abdominales chargées de graisses, une certaine mobilité de la tumeur par rapport á l'uterus. J'enonçai qu'il ne ne s'agissait pas probablement d'une hemtoacèle...» (*)

A operação praticada mais tarde por Martin deu-lhe razão : tratava-se de um kysto do ovario encravado na bacia e cheio de sangue.

Si o tumor é lateral, situado muito alto, separado do utero por um sulco, sem participação das paredes vaginaes, trata-se de uma salpingite ou peri-salpingite.

Mas é justamente n'estas condições que podem faltar estes dois signaes cardeas, devidos ao edema da visinhança, ás adherencias, etc.

N'estas condições não é possivel fazer um diagnostico preciso ; só as probabilidades existem e estas baseadas sobre os commemorativos fornecidos pela doente.

Attaques agudos, menorrhagias, methorrhagias, dores pelvianas irradiando-se para o sacrum, etc.

Eis resumidamente o que se póde dizer, com respeito a diagnostico, nas inflammações e e attaques agudos.

Nas fórmas chronicas os commemorativos são importantes. A doente informa que teve crises agudas umas semelhantes ás outras, mais ou menos intensas, perturbações da menstruação e, emfim, tudo que nos leva a crer em uma affecção dos annexos.

Pelo exame bi-manual observamos um tumor pequeno ou volumoso ; no primeiro caso o tumor é movel e continua-se com o corno uterino ; no segundo notaremos um sulco que o separa do orgão. Nesses casos formulamos a hypothese de uma salpingite, que muitas vezes é bi-lateral.

(*) V. Martin—Traité clinique des maladies des femmes. Trad. franceza. Vornier e Weiss—pag. 528.

A bi-lateralidade da lesão, considerada outr'ora signal certo de salpingite, embora não exista, não exclue a hypothese.

A lesão póde evoluir rapidamente de um lado e ficar do outro mais ou menos estacionaria e imperceptivel.

O escoamento de pus pelo collo do utero, que é um bom signal de lesão da trompa, póde ser devido á abertura expontanea de um abcesso na cavidade uterina.

As affecções pelvianas, que mais se têm confundido com as tubo-ovarites, são os fibromas.

Convém declarar que, destes casos, ficam excluidas as salpingites nitidamente fluctuantes.

Nos fibromas, entretanto, observaremos maiores hemorrhagias e menor leucorrhéa.

São, porém, tres os symptomas principaes que permittem fazer o diagnostico differencial; a febre, a deformação do utero e a sensibilidade á pressão.

A febre nos fibromas não existe, salvo complicação, e a pressão não revela dôr.

Nos fibromas a cavidade do utero é augmentada e deformada, salvo o caso de um fibroma sub-peritoneal pediculado.

O augmento da cavidade uterina póde existir nas metrites parenchymatosas.

O augmento da cavidade uterina e sobretudo a deformação, servem para fazer a distincção entre os fibromas e as pelvi-peritonites chronicas.

O diagnostico de pelvi-peritonite é facil quando o pús sae para o exterior, quando, porém, tende a se enkystar, a ganga se espessa, tomando o tumor consistencia dura, capaz de fazer confusões.

A situação do exsudato é sempre posterior e póde elle ser confundido, n'estas condições cem o utero em retro-fluxão.

A pesquiza, pelo exame bi-manual, da situação exacta do utero e, si fôr necessario o catheterismo do orgão, são bons meios de differenciação.

Algumas vezes as adherencias do intestino ao peritoneo parietal desapparecem, ficando, entretanto, as das alças intestinaes entre si, o que dá em resultado a formação de um tumor movel, cujo diagnostico é difficil. A sonoridade á percussão é o meio differencial.

A difficuldade do diagnostico, aliás reconhecida por todos, tem levado alguns auctores a propôr diversos meios extremos, a puncção exploradora, entre outros, como meio differencial.

Este meio não póde absolutamente ser recommendado, por isso que póde trazer consequencias funestas.

Mais vale, a nosso ver, ficar na duvida e agir de conformidade com o estado geral da doente e as regras estabelecidas geralmente.

Delbert, attendendo ás difficuldades do diagnostico escreve entre outras as seguintes verdades :—A anatomia pathologica e, por conseguinte, a arte do diagnostico ficaram atrazados, de sorte que possuimos hoje mais meios de acção que conhecimentos precisos, a respeito das suppurações pelvianas.

Formular, pois, uma indicação therapeutica precisa é, muitas vezes, ir além ou ficar aquem do necessario.

E' talvez esta a razão pela qual differentes meios therapeuticos, contando cada um grande numero de successos, têm sido propostos.

Radicalistas uns, conservadores outros, dividem-se os cirurgiões.

Lawson Tait, mais que ninguem, Schroeder e outros acreditam que a intervenção cirurgica deve seguir de perto o diagnostico, mais ou menos certo, porque acreditam que os kystos salpingianos são sempre uma ameaça á vida da doente.

As salpingites, seja qual fôr a sua natureza, são um perigo, diz Tait, porque a ruptura do kysto é sempre eminente e a infecção da grande serosa abdominal é a consequencia immediata. Acreditamos ser isso muito absoluto, porquanto, antes de pegar o bisturi, para sujeitar a doente a uma operação grave, deve-se pezar todos os dados da questão. Dois, pelo menos, são de um interesse capital; o volume do kysto, a natureza do liquido tubario.

Ninguem, de certo, acredita que uma salpingite pouco volumosa esteja tão facilmente sujeita a se romper.

A natureza do liquido tubario é importante : as salpingites catarrhaes, as hydropsias das trompas, quasi nunca se terminam pela ruptura, e, quando assim acontecer, resta a saber si o liquido derramado no peritoneo tem virulencia bastante para produzir peritonites agudas mortaes.

Quando mesmo o liquido tubario é virulento (pús) cirurgiões de nomeada acham absoluta de mais a indicação causal, formulada por Tait.

O pyosalpinge, dizem elles, póde transformar-se, perdendo o pús a sua virulencia; ou ainda, póde haver evacuação expontanea pelo orificio uterino da trompa.

A evacuação expontanea pelo orificio uterino da trompa é incontestavel. A transformação do pús tem sido observada quer depois de operações, quer depois de autopsias.

Bautock diz : «que la nature pouvait pent-être guerir les pyosalpingites, et qu'il s'etait prés à douter de l'exatitude de sa conclusion que tôt ou tard une salpingite purulente doit necessiter une operation.»

Si, porém, a cura expontanea, ou como diz Delbet, a cessação do perigo e das dores, é possivel, é entretanto rara.

Não se póde saber quando a cura vae dar-se e, de outro lado, os perigos da salpingite purulenta são grandes.

Devemos, pois, seguir a regra estabelecida pelos mestres, isto é, operar os pyosalpingites.

Maravilhosa indicação esta, quando se tem firme o diagnostico; mas nos casos em que este é duvidoso, como agir ?

Lawson Tait declara que uma vez sobre cinco elle se engana no diagnostico do conteúdo da trompa.

A pyometrorrhea, a febre, o emmagrecimento com anorexia, na opinião deste auctor são guias seguras para a intervenção. Ao lado, porém, dessas salpingites typicas outras existem, muito graves, entretanto sem este cortejo symptomatico : «Mais chose curieuse, pour tout ce groupe d'affections, les souffrances eprouvées par les malades ne sont pas en proportion

du danger auquel elles les exposent, elles semblent même en raison inverse.» (1)

As difficuldades permanecem invariaveis e o momento da intervenção indeciso.

«Ni trop tôt, ni trop tard», diz Trelat ; mas quando é cedo ? quando é tarde ?

O exame local por vezes póde decidir. Um tumor de pequeno volume, movel, póde esperar 13 a 18 mezes, como aconselha Le Dentu.

Apressar nestes casos a intervenção é correr adeante de um perigo que não existe ; é, além disso, supprimir toda esperança de cura.

Nem sempre, porém, é esta a norma de proceder dos cirurgiões, o que levou Emmet a exclamar : «Il est impossible qu'il soit autrement, car il y a anjourd'hui par jour plus d'hommes en ce pays qui saisissent la première occasion qui se presente d'operer un tumeur de l'ovaire, ou un ovaire, qu'il n'y en avait il y a trent ans, qui desirassent enlever une amygdale.» (2)

Nas salpingites volumosas, adherentes, a intervenção tem indicações mais promptas, que devem ser energicas.

Aqui já podemos e devemos contar com a ruptura do kysto, o que póde ser de funesta consequencia.

Entre os dois extremos—salpingites volumosas e de pequeno volume—existem outras de médio calibre, em as quaes as difficuldades augmentam.

Os embaraços são de tal ordem que a puncção tem sido aconselhada como meio decisivo, meio que, apezar da autoridade dos mestres, não teriamos coragem bastante para empregal-o, embora o tumor fizesse saliencia no fundo de sacco de Donglas. Entretanto, este meio é seguido por muitos, mesmo como processo curativo. Mais prudente seria a abertura do fundo de sacco posterior, o que permitte, como muito bem diz Doyen, uma exploração minuciosa e um diagnostico exacto.

Nos casos de existir uma peritonite mais ou menos manifesta, mais ou menos generalisada, cirurgiões ha, L. Tait entre outros, que admittem a operação immediata, não temendo aggravação do prognostico operatorio pela peritonite, que é, dizem elles, sem importancia.

Pensam outros, e talvez com maioria de razão, que convém esperar o fim da crise.

De ambos os lados são invocados argumentos mais ou menos admissiveis ; as adherencias que se formam não só ao redor das trompas, mas entre as differentes visceras abdominaes, são uma complicação séria para a operação ulterior.

Convém, entretanto, notar que as adherencias só podem constituir embaraço quando antigas e fibrosas ; si a intervenção segue-se logo á cessação da crise, este argumento não póde prevalecer em toda a sua plenitude.

Além disso essa peritonite já existente póde aggravar o prognostico da operação, de sorte que a conducta mais prudente consiste em esperar a terminação da crise, que dura 15 dias.

(1) Lawson Tait---Mal. des femmes. Ed. franc. 1891, pag. 559.
(2) Emmet---pag. 641. Ed. franc. de 1887.

Si passado este prazo, a febre continúa, o emmagrecimento progride e o estado geral da doente peiora cada vez mais, então é perfeitamente justificada a intervenção cirurgica.

CAPITULO II

A's primeiras salpingeetaninas de Lawson Tait, seguiram-se séries e séries de intervenções, muitas sem as indicações da boa pratica cirurgica, estimuladas tão sómente, pelo desejo de fazer uma operação brilhante e espectaculosa.

Laparotomistas nasceram de todos os cantos, qual delles mais ousado... A menor dôr, o menor augmento de volume do conducto tubo-ovariano, era razão sufficiente e até indicação formal e urgente, da castração.

Tal era a furia de operar, que Emmet exclamava: «Les deux tiers des cas operés jusqu'ici ne seront pas operés dans cinq ans par un chirurgien qui aura quelque souci de sa reputation.»

Depois dos excessos cirurgicos em que «l'ablation des annexes etait pratiquée, d'un cour léger, par des gens competents et incompetents», chegou-se a não se fazer tão facilmente o sacrificio da fecundidade feminina, e a experimentar curar ao envez de extirpar.

A tendencia para os processos conservadores é, póde-se dizer, geral.

No periodo pre-antiseptico, quando a cavidade abdominal era o *nolle me tangere*, processo conservador era a expectação pura e simples dos progressos da molestia que, ou caminhava rapidamente para o desfecho final, ou, devido a *medicatio naturæ*, tendia para a cura expontanea.

O cirurgião habituado a ver as terriveis infecções que lavravam nos hospitaes, tinha medo de pegar no bisturi, o que só fazia *in extremis*.

Ainda assim não eram muito raras as curas dessas salpingites, hoje tão temidas.

Hoje seria criminosa esta espectação innactiva, e por isso, quando se diz processo conservador, affirma-se alguma cousa mais : o tratamento geral, sabio e prudente, perfeitamente especificado por Doleris, por exemplo.

Para se fazer um estudo clinico de semelhante meio therapeutico, convém seguir a rota do eminente professor Le Dentu, que decompõe a questão do seguinte modo :

1º Discriminar o que pertence á therapeutica medica ou não operatoria e o que pertence á therapeutica operatoria.

2º Fixar os limites de cada methodo operatorio, considerando que não ha um só que possa abranger todos os casos.

Importa, diz ainda Le Dentu, inscrever na frente desse estudo clinico dous principios importantes, e que jámais devem ser esquecido : 1º C'est que la therapeutique des affections des annexes est etroitement solidaire de celle des affections de l'uterus, comme ces affections elles mémes sont solidaires de celle de la matrice ; 2º C'est que, d'une façon générale, les

grandes interventions chirurgicales doivent être reservées, autant que possible, pour les formes chroniques.

E' universalmente admittido que as lesões dos annexos são dependentes das lesões uterinas.

Si é verdade, o que absolutamente ainda não foi demonstrado e o que aliás vae de encontro ás pesquizas de Poirier ; si é verdade que a infecção póde, pela via lymphatica, ganhar o peritoneo e o ovario, sem passar pela trompa e pelo utero, este não é menos o fóco inicial da infecção.

Nestas condições, parece irracional despresar-se o estado do utero para só pensar nas lesões dos annexos e, pois, toda therapeutica que não começar pelas lesões iniciaes, isto é, pelo tratamento do utero, é irracional e despropositada.

A gynecologia deve inspirar-se nos mesmos principios que a cirurgia geral.

Em pathologia urinaria, é admittido por todos, que as inflammações e suppurações renaes, dependentes de uma infecção ascendente, cujo inicio está na bexiga, curam muitas vezes com o simples tratamento da lesão primitiva.

Ninguem admitte ablação primitiva do rim, que só é justificada como ultimo recurso.

Porque, pois, não proceder da mesma fórma em pathologia uterina ?

O segundo principio basea-se no seguinte : As fórmas super-agudas, mortaes, de tubo-ovarites, fóra do estado puerperal, são muito raras.

Além disso a intervenção radical, durante a evolução dessas fórmas agudas, podendo trazer infecção geral de toda serosa abdominal, é muito grave e de prognostico sombrio, ao passo que a mesma intervenção, no estado chronico ou sub-agudo é, por assim dizer, benigna. As formas agudas podem ser classificadas em dous typos principaes :

1º O primeiro, correspondente a peri-peritonite grave dos autores antigos, é de começo dramatico, com tendencia a extensão, dores intoleraveis, vomitos, agonia respiratoria, cyanose e resfriamento das extremidades.

Este typo, podendo existir em circumstancias outras, como seja o catheterismo septico da cavidade uterina, está, entretanto, ligado intimamente ao estado puerperal.

Neste estado as portas estão abertas á infecção ; a via lymphatica e a venosa extremamente augmentadas, favorecem, grande numero de vezes, as invasões peritoneaes graves. Mas, ao lado desse typo super-agudo, existe outro menos espectaculoso e mais benigno, caracterisando-se pela localisação mais precisa. Este ultimo é o mais commum.

O mesmo tratamento convém a principio a estes dous typos de lesão annexial : grandes injecções quentes, revulsivos, emissões sanguineas, gelo, calomelanos e opio em doses fraccionadas, emfim, o tratamento medico da peritonite.

As intervenções radicaes no periodo de desenvolvimento da molestia, são hoje contra-indicadas por todos.

Esta póde-se terminar de tres modos : resolução, peritonite geral, formação de abcesso.

A resolução, quando se dá, varia de 10 a 15 dias mais ou menos; além

ella é apenas apparente. Neste caso ha formação de abcesso com persistencia de dores e febre. Si a peritonite geral advém, ameaçadora e terrivel, qual a nossa conducta senão a laparatomia immediata, seguida de lavagem abundante do peritoneo e drenagem ?

E' o meio capaz de salvar, ainda que em pequeno numero, algumas vidas extraordinariamente ameaçadas.

Estes casos, porém, são muito complexos e as indicações nem sempre têm occasião de ser estabelecidas, tal a rapidez da terminação.

Fóra estes casos, aliás raros, a conducta do cirurgião deve ser prudente e sabiamente espectante até a formação do abcesso, o que é annunciado pela queda da temperatura e prolongação do tempo de resolução.

A temperatura nem sempre vae até a normal, porque continúa o pús, embora enkystado, a mantel-a.

E', então, occasião de pensar na intervenção operatoria.

CAPITULO III

Depois dos excessos cirurgicos da quasi totalidade dos cirurgiões, forão se levantando protestos contra os processos muito radicaes.

Outr'ora a questão de abuso cirurgico não podia ser estabelecida, porque não existia o uso das grandes intervenções.

Hoje a cirurgia é de tal modo ousada, pela felicidade nos seus resultados, que leva a sua audacia até as operações exploradoras. Abre-se o ventre, abre-se o thorax e explora-se, afim de elucidar o diagnostico de uma affecção intra-abdominal ou thoraxica.

Assim, praticam-se operações, sempre graves e delicadas, diga-se o que se quizer, que outr'ora não eram tentadas, mesmo como meio curativo.

A operação de Lawson Tait ou de Batley, entre outras, é corrente na cirurgia e considerada tão benigna que a cura é a regra.

Os pequenos accidentes e os máos resultados são excepcionaes, de sorte a não se levar em linha de conta a gravidade operatoria.

Si os factos provam a benignidade relativa da operação, si o cirurgião na maioria dos casos triumpha, o lado moral do facto tem excepcional gravidade.

Este não está limitado ao estreito periodo do acto operatorio e suas consequencias ; abraça época mais longa—o futuro da operada, ou por outra —o futuro da especie.

Que se extirpem ovarios e trompas, profundamente atacados, que são ameaças constantes de morte, é salutar, é digno das nobres tradições da arte, mas que presida a isto a maior circumspecção, as mais nobres tradições scientificas !...

Trelat, depois de Walton, affirmou os bons effeitos da curetagem do utero na parametrite.

Foram estas as primeiras bases do tratamento conservador, mais tarde amplamente desenvolvidas pelo eminente Doleris. Walton, Trelat, etc.,

teriam feito melhor, si em vez de parametrite, tivessem affirmado, ao menos 9 vezes sobre 10, salpingo-ovarites.

A curetagem uterina, elemento precioso no tratamento das affecções dos annexos, por si só é impotente, si não fôr precedida da dilatação repetida e prolongada e seguida de drenagem do utero.

A dilatação do utero deve ser feita, como aconselha Doleris, por meio de laminarias e esponjas preparadas.

A drenagem deve ser quotidiana e prolongada por um espaço de tempo mais ou menos longo e feita com gaze embebida em glycerina.

O resultado é devido, como dizem muitos auctores, ao amollecimento de toda espessura da parede uterina que, partindo do collo, ganha o corpo, o fundo e os angulos uterinos, fazendo cessar a rigidez e a occlusão das trompas.

O resultado não é constante, mas em grande numero de casos, traz a cura das lesões pelo esvasiamento das trompas por intermedio do utero.

Si não é fóra do commum o esvasiamento expontaneo do liquido tubario, porque, sendo sollicitado pela excitação do utero, elle não se ha de dar maior numero de vezes ?

Na éra pre-antiseptica a mucosa uterina, o peritoneo e os annexos do utero eram interdictos ao cirurgião, por condições mysteriosas e desconhecidas, mas são hoje no periodo franco da antisepsia, estes mesmos orgãos tratados como quaesquer outros, e as operações são sempre benignas.

Nos tempos idos, entretanto, os resultados therapeuticos nem sempre eram infructuosos—curas se davam algumas, já porque a *vis medicatrix naturæ* entrava em acção, já porque os meios empregados não eram de todo innocuos.

Hoje esses meios são considerados altamente prejudiciaes á doente ; os annexos, o utero são sacrificados desde que sejam attingidos de lesões, declaradas, um pouco apressadamente, irremediaveis, incuraveis.

Não se discute mais sinão o valor dos processos operatorios, parque o grande principio da castração uterina ou ovariana está julgado o recurso unico, bemfazejo, heroico.

Nem ao menos dá-se ao trabalho de estudar a lesão e verificar si ella é realmente incuravel ; e porque si ha de fazel-o, si os annexos, uma vez attingidos, por menor que seja a lesão, jámais poderão exercer a sua funcção physiologica ?

Operar e operar o mais cedo possivel é a regra da cirurgia moderna.

Uns tiram os annexos, affirmando que o utero se atrophia como na menopausa physiologica ; outros tiram o utero pela vagina e affirmam que as collecções que não se esvasiam por esta larga drenagem creada pelo cirurgião se absorvem e passam ao estado fibroso para desapparecerem em seguida.

Alguns autores pensão que se vae, por esse caminho, muito rapidamente ao fim ; que as lesões dos annexos não são sempre irremediaveis; que o funccionamento physiologico não está, em todos os casos, comprommettido para sempre; que, além disso, alguns tratamentos palliativos, conservadores, dão, algumas vezes, resultados inesperados; que, finalmente, si ha al-

guma possibilidade de salvação, a conservação integral ou mesmo parcial dos orgãos da geração merece ser tentada, antes de recorrer aos meios radicaes.

Demais, como bem diz Betrix, (Nov. Arch. de gyn. 1894) a ultima palavra ainda não foi pronunciada sobre a questão, que permanece aberta ainda, apezar dos numerosos trabalhos scientificos de analyse bacteriologica, microscopica, etc.

«Jusqu'à quel point des annexes malades, des trompes kystiques peuvent-elles être guéries par un traitement conservateur et recuperer, dans la suite, l'integrité de leurs fonctions normales, en un mot, sont elles devenues des organes inutiles, ainsi que le pretendant nombre de chirurgiens ou sont-elles, après guérison, aptes à la fecundation ?»

E' a clinica a unica capaz de decidir, na opinião de Betrix, esses pontos obscuros.

Pelo tratamento conservador podemos melhorar muito as condições da doente e, muitas vezes, obter uma cura radical, quando só parecia racional a ablação total dos orgãos.

A septicema puerperal, invasora por excellencia, atacando indistinctamente o utero, annexos e peritoneo pelviano, quando não invade toda a serosa abdominal, não tem outro tratamento.

Ninguem se lembra, quasi nunca, de fazer uma dessas grandes intervenções cirurgicas para debellar a infecção dos annexos e do utero nesses casos.

A curetagem, as grandes lavagens antisepticas, são os unicos recursos por emquanto, e, entretanto, as curas contam-se pelos doentes. O parteiro que perde uma doente de infecção puerperal, está sujeito ás censuras de todos.

São raros os casos de gravidade depois de infecção puerperal ?

Mas o abuso das operações radicaes nasce das palavras de Lawson Tait : « Je n'ai pu malherensement, que trop frequemment ume rendre compte combien les operations uni-laterales sont insuffisantes et ne repondent pas au resultat desiré, car l'affection recidive du coté qui etait sain, et cette recidive reclame bientôt une seconde intervention chirurgicale. » (1)

Para Lawson Tait a bi-lateralidade das lesões é a regra e mais vale, no momento da operação fazer ablação completa, que ter de fazel-a mais tarde.

A bi-lateralidade, de facto, é logica, si considerarmos que o ponto de partida da affecção é uma infecção exterior que da vagina ganha o collo, o corpo e os annexos do utero por intermedio da mucosa.

Si uma trompa é mais atacada que a outra, esta ou já está infeccionada ou não tardará a sel-o.

A causa quasi unica das salpingo-ovarites é a endometrite. A propagação da infecção se faz do utero para as trompas pela continuidade da mucosa, opinião admittida, com exclusão de todas as outras por Schrœder.

As trompas se infeccionam do mesmo modo que os ureteres.

(1) Lawson Tait---Traité clinique des maladies des femmes. Ed. franc. 1891.

Lucas Championreière é quasi o unico a admittir a infecção pela via lymphatica, o que não está absolutamente de accôrdo com as pesquizas de Poirier.

Este autor demonstrou que os lymphaticos do utero ganham, ao sahir do orgão, ganglios especiaes, e não passam pelas trompas e ovarios. Ora, si o ponto de partida da infecção é o utero, ahi deve ser dado o combate.

Desse facto os cirurgiões tirão conclusões para justificar a hysterectomia vaginal.

Estas conclusões que aliás são racionaes, nãs deixam de ser muito radicaes, e demais, desembaraçada do utero, a mulher continúa ainda uma enferma, e, racionalmente, physiologicamente não ha differença entre a ausencia do utero ou dos ovarios.

Ha uma outra conclusão a que se póde chegar : curar a metrite e tentar pelo mesmo meio curar a salpingite, o que não é chimerico.

Não ha grandes inconvenientes, porque, em caso de insuccesso, é sempre tempo de recorrer aos meios mais radicaes.

Doleris, um dos primeiros a combater pelas idéas conservadoras, affirmava no Congresso de Berlim : «Les grands sacrifices dans les neoplasmes dangereux, la chirurgie active, le sacrifice à outrance, soit ; mais dans les troubles inflammatoires ou mecaniques, dans les neoplasies benignes, la patience et la chirurgie reparatrice, telles sont les deux lignes de conduite que resument ma pensée. Je crois en verité que, ce que manque le plus aux gynecologues modernes, habitués dans les grandes pratiques chirurgicales c'est un peu de patience et le goût de retour a ce qu'avait de bon l'ancienne gynecologie.»

Trelat, depois de citar algumas observações, diz : penso que deve-se começar pela curetagem, acto menos perigoso, porque, ás vezes, os outros são dispensados..

Tillaux ensina a mesma doctrina quando escreve : « Dans les inflammations recentes le traitement est sensiblement le même que celui de la metrite : repos complet au lit, injections chaudes, etc. En somme, expectation avec une bonne hygiène en remplissant les indications que peuvent se présenter.» (1) (pag. 577).

E mais longe : «Dès que l'on a constaté d'une façon bien nette la présence d'une tumeur dans les culs-de-sac vaginaux (principalement le gauche) et que l'on est convaincu qu'il s'agit d'une tubo-ovarite, en doit on proposer l'ablation ? Ce serait aller trop vite, car la guerison spontanée est possible et *je ne saurais que trop m'elever* contre *l'abus deplorable qui est fait aujourd'hui de ce genre d'operations.*» (pag. 581)

O tratamento conservador é longo e paciente, razão porque é muitas vezes inaplicavel, devido exclusivamente ás condições da doente.

Esta razão é extra-scientifica e não póde ser applicada senão a casos particulares, convindo notar que em therapeutica gynecologica, como acontece em todas as outras, as regras geraes não se applicam restrictamente a todos os casos.

A molestia varia em suas modalidades clinicas e a therapeutica deve acompanhar essas variantes. O que convém a certo numero de ovarites póde

---

(1) Tillaux---Clin. cirurgica---1897---4.ª Ed.

não se adaptar a certo numero de outras. Ha casos em que o medico faz o que póde; mas, repetimos, é a excepção.

Segond, na relação apresentada ao Congresso de Bruxellas em 1892, diz : «Je crois qu'on ne saurait trop insister sur l'influence salutaire d'une therapeutique intra-uterine bien dirigée...

Doleris l'a especifié très justement et je pense avec lui que l'antisepsie vaginale, le curetage, la dilatation large et le drainage de l'uterus sont des moyens tout puissants.

Il n'est pas douteux qui en sachant les manier on pourrait diminuer *de beaucoups le nombre des cas justifiables des grandes operations.* (1)

Bazzy nos archivos geraes de medicina aconselha proceder com as lesões peri-uterinas do mesmo modo que com as lesões peri-renaes.

Em ambos os casos a infecção se propaga de baixo para cima, isto é, do utero para os annexos, da bexiga para os rins.

Porque, pois, se as condições são identicas, o procedimento do cirurgião deve ser differente ?

As extirpações primitivas do rim são condemnadas por todos os cirurgiões; porque admittir, então, a ablação immediata dos annexos ?

Mas, objectar-se-á, o rim é um orgão essencial á vida do individuo, o que não succede com os annexos do utero.

Si, em these geral, esta proposição é verdadeira, não deixa de ser exacto, que muitas vezes a ablação dos annexos traz sérias perturbações da saúde geral.

O cirurgião não póde saber de antemão quaes são os casos favoraveis ou desfavoraveis.

Brown-Séquard já dizia que todas as glandulas, providas ou não de um conducto, espalham no organismo um producto qualquer, desconhecido, que serve para manter seu equilibrio funccional.

Não são raras as observações de perturbações sérias para o lado de todos apparelhos, nervoso inclusive, depois da retirada dos annexos.

Pequenas perturbações, na maioria dos casos, mas de quando em quando tambem, desequilibrios completos e duraveis.

Os ovarios, podem, debaixo desse ponto de vista, ser perfeitamente equiparados á glandula thyroide.

Lá como aqui a cirurgia deve ser, tanto quanto possivel, conservadora, porque a sciencia não disse ainda a ultima palavra sobre a physiologia desses orgãos.

Um dia apresentou-se ao eminente Tillaux uma doente no estado o mais deploravel possivel, pedindo-lhe allivio aos seus soffrimentos. Esse hesitou a principio, mas confiado na sua habilidade, operou-lhe o bocio exophtalmico.

O mestre teve logo imitadores. mas todos, a *una voce*, são o mais parcial possivel nas suas reseccações, porque a ablação total da glandula thyroide póde trazer perturbações sérias, tal qual a ablação dos ovarios.

Os casos são identicos,—as glandulas thyroide e ovario, podem influir sériamente no equilibrio physiologico, sem serem essenciaes á vida do individuo.

---

(1) P. Segond---Des suppurations pelviennes---Bruxelles---1892.

Ora, porque não proceder identicamente nos dois casos? Ha ainda facto mais completo, mais racionalmente comparavel : — o testiculo e o ovario, e tal é a semelhança que Bernutz denomina as inflammações dos ovarios orchite feminina.

«En effet, diz Bernutz á pag. 249, la maladie pendant laquelle l'affection secondaire s'est manifestée, l'extension qu'offrait la blenorrhagie... autorisent à rapprocher ces accidents de ceux qu'on voit survenir chez l'homme dans de semblabes circonstances. Nous pensons que la filition des accidents permet de les rattaquer à l'orchite chez l'homme, produite comme celle-ci par propagation de l'imflammation des parties externes vers les parties profondes, et qui fait explosion au moment où le pavillon de la trompe, qui est analogue de l'epididyme, a été envahi.» (1)

Identidade perfeita, mesma etiologia, mesma pathogenia, terminando ambas, e para ficar mais completa a semelhança, pela esterilidade.

Porque, pois, se as molestias são perfeitamente iguaes, recorrer a therapeutica differente?

A trompa, o ovario, são de agora em diante inuteis, como o são o epididymo e o testiculo. Mas as suppurações das trompas são mais communs e mais graves, mortaes mesmo, quasi sempre, dizem.

Ouçamos, porém, a opinião de Fritsch :—«Il se demonstra que des femmes avec des tumeurs des annexes restaient invalides d'une façon durable, qu'il leur etait souvent impossible de travailler pendant des années et même toujours... Mais il est certainement faux que beaucoup de ces malades soccombent, par ex. à une maladie aigue, dependant directement du processus purulent dans la trompe. On n'a qu'à demander aux anatomo-pathologistes s'ils out souvent trouvés une peritonite mortelle comme cause de mort dans les tumeurs des annexes anciennes. Il est donc inexact d'inquieter les patients em disant que leur mal chronique peut ou doit conduire à une mort rapide.

Mais, continúa ainda Fritsch, « on exprime toute la verité, en leur faisant prévoir le retour complet de la santé à une époque très eloigné et en declarant la guérison impossible, das les cas de persistence des influences nuisibles, par ex. lorsque la malade doit gagner son pain par le travail corporel. Il resulte de lá que chez une patiente riche on aura rarement l'occasion de conseiller l'opération...» (2)

A cirurgia gynecologica deve-se inspirar das mesmas regras que a cirurgia geral, quando se tratar, por ex., de uma ferida dos membros.

A regra neste caso é absoluta :—«il ne faut jamais amputer primitivement, il ne faut jamais pas même se laisser aller à la tentative de regulariser une plae si machée soit elle.» (3)

Assim, pois, em conclusão, a regra deve ser a seguinte : procurar primeiramente os meios brandos, conservadores e, mais tarde, si estes falharem, recorrer então aos mais complexos.

---

(1) Bernutz---Conf clin. sur les maladies des femmes---1888.
(2) Fritsch---Maladies des femmes---1897.
(3) Tillaux---Clin. Cirurg.

Na clinica do illustre mestre o Sr. Professor Feijó, é esta a norma seguida, podendo-se contar os casos de intervenção por affecções dos annexos, ao passo que são sem numero as intervenções para outras lesões, fibromas, por exemplo.

A frequencia só do Consultorio de Gynecologia do Hospital da Misericordia, a cargo do Sr. Professor Feijó Junior e Dr. Arthur de Carvalho Azevedo, foi o anno passado de 1.397 doentes, sem uma só hysterectomia abdominal ou vaginal para affecção dos annexos.

Entretanto, póde-se affirmar, sem receio de errar, que quasi a metade das doentes tinham lesões annexiaes.

As curetagens eram feitas sempre nesses casos, e tal era o resultado, que a doente recusava a operação, que, aliás, quasi nunca era proposta.

Si com um movimento destes (não está apontado o movimento das enfermarias) não se encontra pelo menos um caso por semana, que reclame uma intervenção radical, é porque, como muito bem diz Fritsch, elles são raros ou quasi nunca indicados.

A curetagem, pois, dá, sinão sempre, quasi sempre, resultados dignos de serem tentados.

Mas, affirmam os radicalistas, a curetagem, sobre ser inefficaz, é perigosa para a vida da doente, produzindo-lhe a morte ou aggravando a molestia.

A estatistica da enfermaria de Gynecologia do Hospital da Misericordia, prova justamente o contrario. Nesta clinica fazem-se no minimo quatro curetagens por semana e nem uma só vez fomos testemunha de qualquer desses factos.

Doleris sobre 557 casos, obteve o mesmo resultado.

As tracções sobre o collo não trazem, apezar das affirmativas de muitos cirurgiões, como consequencia a ruptura do kysto salpingiano. E quando assim fosse a contra-indicação da curetagem não é formal, porquanto resulta de innumeras pesquizas bacteriologicas que o pús das salpingites só é septico 40 vezes por 100. Além disso a intervenção, qualquer que ella seja, é sempre formalmente contra-indicada durante os attaques agudos, isto é, no espaço de tempo em que dura a virulencia das bacterias.

As indicações do tratamento conservador, podem ser classificadas nas seguintes rubricas :

a) Operar sómente os casos chronicos.

b) Nos casos de para-metrite dolorosa, sub-aguda, esperar a torpidez.

c) Operar depois das regras.

d) Ter a maior prudencia com as nevropathas, que são sempre sujeitas a surpresas, quando se trata de cirurgia pelvi-abdominal.

Por ultimo tratemos da objecção feita ao tratamento conservador, impraticavel pela longa duração. Convenhamos que é mais simples fazer ablação dos annexos que cural-os; mas convenhamos tambem que não ha grande differença de tempo entre os diversos meios therapeuticos.

Depois de qualquer intervenção grave, laparatomia ou hysterectomia vaginal, a doente tem um repouso no leito de 15 a 20 dias no minimo.

A duração do tratamento conservador é de algumas semanas, 3 a 4, o que não excede muito. Agora, comparem-se os riscos de um e outro

methodo, attendendo que de um lado ha uma mutilação grave, susceptivel de trazer mais tarde sérias perturbações funccionaes, e suppressão de uma funcção importante qual a da fecundação, e diga-se qual dos dois resultados é o preferivel.

Permitta-se que para conclusão do presente capitulo, façamos uma profissão de fé :

Não somos absolutamente inimigos das intervenções radicaes, reconhecendo até, que, em dadas circumstancias, qualquer dellas póde prestar serviços inestimaveis, beneficos, incalculaveis; os excessos só são condemnaveis.

CAPITULO IV

Vamos deixar de parte muitos processos therapeuticos, outr'ora usados, para só nos occupar dos que tenha ainda hoje algum interesse pratico.

Desses, occupa logar saliente a colpotomia que fará objecto do presente capitulo.

Recamier dizia que, nos abcessos pelvianos, deve-se intervir, fazendo uma larga incisão, porque a presença do pús facilita novas formações; o tumor póde desenvolver-se extraordinariamente, o pús póde invadir a circumvisinhança, produzindo desordens graves, ou ainda, o abcesso abrir-se no peritoneo.

A colpotomia póde ser anterior, quando se abre o fundo de sacco anterior da vagina, ou posterior, quando a intervenção é feita pelo fundo de sacco de Douglas. Esta é a mais usada e quasi a unica admittida.

Sabino Coelho (de Lisbôa), Cartello em sua these de 1897 e A. Martin acreditam, entretanto, que a colpotomia anterior tem vantagens sobre a outra.

A colpotomia posterior é mais usada, o que parece racional, por ser este o ponto mais declive, que permitte uma drenagem mais efficaz, de execução mais facil, menos perigosa, facilita o accesso dos annexos, que procuram sempre o fundo de sacco posterior.

Os processos operatorios são tão simples, a instrumentação (na maioria dos casos um bisturi) tão reduzida, que nos dispensamos de descrevel-os, salvo o de Laroyenne, por ter uma instrumentação especial.

Eis como o auctor descreve o seu processo : Depois da antisepsia, tão rigorosa quanto possivel, da vagina, como se tratasse de fazer a hysterectomia vaginal, a doente anesthesiada é collocada no decubitus dorsal, as pernas flexionadas sobre as coxas e estas sobre a bacia. Pelo palpar combinado e pelo tocar rectal verificam-se o diagnostico e a situação exacta do tumor. Um ajudante, apoiando-se na parede abdominal, recalca e immobilisa o tumor.

Verifica-se a situação da arteria uterina, que se sente bater sob o dedo e introduz-se o trocater de modo que este penetre no tumor ao nivel da face posterior do sulco uterino, o que permite evitar a bexiga, os ureteres e as arterias uterinas.

O trocater tem como guia o indicador esquerdo e a sua progressão é feita por um movimento de propulsão e e rotação, tendo-se o cuidado de abaixar o cabo do instrumento, como se se tratasse do catheterismo uterino.

Quando se certificou que o trocater penetrou no tumor, retira-se-o, e pela chanfradura da canula introduz-se o methrotomo de Simpson.

Este, uma vez introduzido, é aberto, e depois de retirada a canula, com elle faz-se uma incisão de 2 a 3 dedos. Feito este debridamento, procede-se a novo exame afim de verificar se existem outras collecções, que são abertas do mesmo modo. Em seguida faz-se a lavagem da bolsa com uma sonda de dupla corrente, afim de evitar a ruptura das paredes que são delgadas.

Em caso de hemorrhagia, colloca-se uma esponja a cavalleiro na incisão. A cavidade é drenada com gaze iodoformada ou com um tubo, podendo ser usado o tubo em T, como aconselha Martin.

Grande numero de cirurgiões contestam as vantagens do methodo Laroyenne e consideram-n'o perigoso e cego.

O bisturi é hoje exclusivamente usado por ser mais commodo e muito mais seguro.

Todos os autores aconselham o emprego de valvula afim de que a vista siga o trabalho do bisturi; Landau, porém, faz incisões guiando-se sómente pelo indicador.

A incisão póde ser transversal, e é a melhor, ou vertical como aconselham alguns outros.

Feita a incisão é ella dilatada com uma pinça e a cavidade, em seguida, lavada.

Fritsch aconselha suturar á parede vaginal a bolsa depois de aberta. Os cuidados post-operatorios são simples, mas importantes, afim de evitar a fistula que póde ser permanente.

E' assim que a drenagem deve ser mantida até a cicatrisação completa e as lavagens devem ser frequentes.

Insistindo sobre o tratamento mais conservador e menos radical pensamos como Delbet : «Le chirurgien n'a pas le droit d'enlever un organe sain sous pretexte qu'il peut devenir malade...

S'il est vrai que les trompes et les ovaires sont inutiles à la vie de la femme, force est bien de reconnaître qui'il sont indispensables à la vie de la espèce, et en se plaçant à un point de vice elevé de morale sociale, on serait tenté de juger sincerement le sacrifice de ces organes, lorsque il n'est pas absolument necessaire... Presque toutes, sinon toutes les salpingites se rencontrent à l'âge de la fecundité...» (1)

E' preciso que nos convençamos que a therapeutica que destróe não consegue os seus fins, porque extirpar um orgão não é cural-o.

A destruição só tem razão de ser quando a conservação é impossivel ou porque foram esgotados todos os recursos, ou porque a urgencia do caso força o cirurgião a recorrer aos meios extremos.

Ad extremos morbos extrema remedia, ex quesite optima.

---

(1) Delbet--Suppurations pelviennes chez la femme—1891.

Os trabalhos modernos tendem a provar que a glandula ovariana não é de todo inutil á vida do individuo. Perturbações as mais variadas, desde o simples calor da face, que por vezes, se repete com regularidade chronometrica, até as idéas as mais sinistras ou a loucura a mais accentuada, têm sido observadas.

O moral e o physico podem ser attingidos de tal modo a tornar a mulher um pesado fardo aos que a cercam, e o cirurgião não póde de antemão saber quaes os casos favoraveis.

As leis geraes da cirurgia ou por outra da therapeutica, não conhecem especialidades: applicão-se a todos os casos, são invariaveis e fataes como as leis geraes que regem as mathematicas, porque nascem dos mesmos principios—a experimentação e a observação.

«Il me semble, diz More Maddeu, qui'il n'existe aucune raison pour se departir des principes fondamentaux de la chirurgie et pour se resoudre, tout d'un coup, à une decision extreme, à l'extirpation complète des annexes de l'uterus. Si la glande mamaire devient le siège d'un abcès, on si, comme le suggère Spencer Wels, la tunique vaginale du testicule devient le siège d'un hydrocèle, n'est-il pas plus judicieux d'ouvrir l'abcès ou de ponctionner l'hydrocèle que d'enlever le sein ou le testicule?

Devons-nous faire entrer dans la pratique courante une conduite essencialement defférente, quand, en realité, il s'agit d'affections analogues affectant des organes non moins importants ?

Não, de certo; esses principios geraes devem ser applicados aqui, como em qualquer outro caso, um fleimão, por exemplo.

Que se diria de um cirurgião que amputasse immediatamente um membro invadido por um fleimão, sem ter tentado os outros meios ?

Nas salpingites, como nos fleimões, a conducta deve ser a mesma : repouso, revulsão, etc., no começo, incisão e drenagem quando houver suppuração e, si falham estes meios, só então, operação mais radical.

A cirurgia conservadora é, como diz Doleris: «plus artistique, plus brilhante e certainement plus ardue et par conséquent plus stimulante que celle dont le seul objectif est l'extirpation radicale des annexes. (1)

Vejamos quaes as censuras feitas á abertura do fundo de sacco posterior :

I—A incisão vaginal é difficil e a antisepsia da vagina insufficiente. Para responder a este argumento não temos mais que invocar a memoria e operação de Peau.

Os brilhantes resultados obtidos pela hysterectomia vaginal nos casos de cancer, de prolapsos do utero e mesmo de suppurações, provam á evidencia, a possibilidade de desinfecção da vagina de um modo completo.

E' ainda a mesma hysterectomia, onde as incisões abrangem toda a circunferencia da vagina, que nos vem provar a facilidade relativa da abertura do fundo de sacco posterior que, aliás, é tempo preliminar da hysterectomia vaginal, conforme o processo de Doyen. As valvulas abrem um vasto campo á penetração dos instrumentos, cujos progressos podem ser constatados pela vista.

---

(1) De la therapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite---«Doleris».

II—Ha perigo de ferir a arteria uterina, ureteres, etc.

A ferida da arteria uterina, que póde ser sentida pelo dedo explorador, é por esse facto facilmente evitada.

Differentes vezes que temos visto praticar a operação, nem uma só observamos o accidente.

Si, entretanto, elle se der, facil se torna fazer a hemostasia.

Esta póde ser feita por meio de pinças, ou mais facilmente pelo tamponamento, pelo processo Loroyenne. Este processo é simples e mais ou menos semelhante ao empregado para a hemostasia da arteria mammaria interna: uma esponja fina estrangulada no meio é collocada a cavalleiro na incisão. Mais simples e seguro, porém, é o tamponamento a gaze iodoformada.

Pozzi dá as seguintes regras para evitar a ferida das uterinas: (1)

a) Tumor posterior: incisão transversal ou vertical, dirigida segundo o grande eixo do tumor.

b) Tumor lateral: incisão obliqua para traz e para fóra, não passando adiante o prolongamento do diametro transverso do collo.

c) Tumor anterior: pequena incisão transversa combinada com uma outra antero-posterior mais longa.

Accresce que todos esses inconvenientes e perigos encontram-se na hysterectomia vaginal e mesmo na laparatomia supra-pubiana.

A litteratura medica está cheia de casos dessa natureza, podendo-se affirmar que não ha cirurgião que não tenha observado a abertura de qualquer desses canaes ou orgãos: intestinos, ureteres, bexiga, rectum, etc.

III—A incisão vaginal é uma operação incompleta, porque desde que existam varias bolsas purulentas, estas não são todas abertas.

O dever do cirurgião, uma vez aberto o fundo de sacco vaginal, é examinar minuciosamente a pequena bacia e abrir as differentes collecções que encontrar.

Entretanto, póde dar-se o caso de, apezar de não serem encontradas outras collecções, não melhorar o estado geral da doente.

Nestas condições, uma operação mais radical se impõe e o cirurgião póde recorrer á laparatomia ou á hysterectomia vaginal com a consciencia tranquilla de ter cumprido o seu dever sem medo do labéo de ter feito ablação dos annexos d'un cœur léger.

Devemos, nos casos de collecções multiplas, como pensão Boisleux e Delagenière, desconfiar tambem das operações radicaes, muitas vezes incompletas e insufficientes.

IV—A incisão do fundo de sacco é uma operação perigosa porque abandona na bacia os annexos doentes, causas muitas vezes, da reincidencia da molestia.

Certamente a colpotomia deixa os annexos na bacia, mas estes não curam muitas vezes pelo simples repouso ?

Demais como affirmar, sem ter observado e experimentado, que esses annexos estão para sempre perdidos ?

---

(1) Traité de gynecologie—1897.

E o diagnostico é sempre preciso de modo a impedir um tratamento mais conservador que, além de tudo, não prejudica a intervenção ulterior?

Lawson Tait declara que 2 vezes sobre 5 engana-se no diagnostico:

«Je ne sache pas, diz Le Dentu, que personne puisse être toujours certaine de diagnostiquer la présence du pus dans les trompes, ni même la bilateralité des lésions.»

Assim, pois, a colpotomia não podendo ser erigida em methodo exclusivo de tratamento, mas podendo dar curas duraveis ou melhoras rapidas de sorte a não prejudicar a intervenção ulterior, si se tornar necessaria, deve ser empregada em primeiro lugar.

Picqué affirma que a hysterectomia secundaria se faz em melhores condições e muito facilmente, apezar da opinião contraria de muitos outros.

A incisão vaginal tem vantagens.

a) E' infinitamente menos grave.

b) Não demanda conhecimentos profundos da especialidade, estando, portanto, ao alcance de qualquer cirurgião, que tenha alguma pratica, o que não é sem interesse nos casos urgentes.

c) Não compromette a intervenção ulterior, mais radical, antes favorece-a, melhorando o estado geral da doente.

d) Póde em muitos casos dar resultados definitivos, evitando a mutilação e dando, como o provam muitas observações, esperanças de gravidez ulterior.

Accrescente-se a tudo isto o inconveniente que possa advir da ablação do utero pela via vaginal. Este é um meio de sustentaculo da bacia e faz contrapezo ás pressões abdominaes, evitando a quéda das visceras. E nem se diga que isto não sae do dominio da theoria, possivel, mas ainda não observado, porque no nosso tirocinio hospitalar já observamos o facto.

Uma hysterectomisada do illustre cirurgião Dr. Carlos Teixeira, competentissimo na materia, deu entrada na enfermaria do Sr. Professor Dr. Feijó Junior, apresentando prolapsus completo das paredes vaginaes, no interior dos quaes percebia-se perfeitamente alças intestinaes.

E não é outro o mecanismo dos prolapsus que, como fez Hart, podem ser perfeitamente assemelhado ao das hernias, tendo como ellas a mesma classificação, isto é, prolapsus de força e de fraqueza. Si, pois, o facto não é commumente observado, póde existir perfeitamente.

*

Indicações — A abertura do fundo de sacco posterior, apezar das innumeras objecções que se lhe tem feito, é uma operação que deve permanecer no quadro therapeutico das suppurações pelvianas.

Terrier que sempre foi laparotomista dos mais brilhantes, apresentou ao Congresso de Cirurgia, dous casos tratados pela colpotomia, com resultado perfeito, e diz: «Peut-être aurions-nous pu recourir â l'incision vaginale dans um nombre de cas un peu plus grand: la persistence du matien de la guérison nous engage à le faire dans l'avenir.»

Si as collecções bi-lateraes, altamente situadas, podem levantar duvidas a respeito da intervenção, casos ha em que todos os cirurgiões estão de accôrdo ; por exemplo, quando o abcesso fazendo francamente saliencia na vagina é nitidamente fluctuante. Este é o caso de fazer applicação do principio geral de cirurgia — dar saida ao pús onde elle é mais accessivel e superficial.

Para Terillon : «la logique veut qu'on incise dans le point que proémine le pus et qu'on choisisse ensuite le point le plus déclive de la région pour permettre le pús de s'ecouler facilement.»

O fundo de sacco posterior reune na maior escala, as condições de declividade, razão que predomina no espirito de Martin, quando aconselha a drenagem quasi systematica, por essa via, nas intervenções abdominaes, especialmente quando estas não são de asepsia perfeita.

«Employée á l'evacuation et au drainage de certainnes suppurations pelviennes, elle (a incisão vaginal) devient une méthode très recommendable.

Ouvrir des hematocèles, des abcès pelviens aigus, des phlegmons des ligaments larges à presentation vaginale, bombant vers le cul-de-sac de Douglas, voilà une intervention nettement indiquée et bonne : la collection vient soliciter le bistouri à l'endroit déclive.» (1)

E' com pequenas differenças a opinião de Segond e de Peau.

Delbet (2) acredita que a incisão vaginal é um methodo excellente quando o abcesso póde ser directamente abordado.

O eminente Doyen é um fervoroso adepto da colpotomia posterior. Mais longamente que desejaramos, vamos trasladar para aqui algumas das suas considerações : «Les indications de la colpotomie dans les cas de lésions intra-péritoneales sont au contraire très précises ; nous les avons determinées a divers réprises, notamment en 1894, au Congrès Allemand de chirurgie en ces termes : Toute lésion pelvienne uterine ou peri-uterine doit être abordée de préférance par la voie vaginale, si le volume excessif des tumeurs ou l'étendue de leurs adhérences ne semblent pas une contre-indication formelle. Dans les cas limites le chirurgien doit se laisser guider par son experience.» (3)

A colpotomia posterior deve ser usada, em exclusão, qualquer que seja o objectivo, da anterior : é a operação exploradora por excellencia e os annexos inflammados são mais facilmente attingidos por essa via que pela laparatomia.

«La colpotomie postérieure permet donc aussi-bien, sinon mieux que la laparotomie d'exploration du cul-de-sac de Douglas. Elle est bien supérieure a cette dernière pour la recherche rapide des lesions pelviennes. *L'avantage est donc, dans tous les cas veur qui elle est praticable à la colpotomie postérieure.*

Ainda aqui, a exemplo do que acima dissemos, podemos equiparar as lesões pelvianas ás lesões renaes : a incisão simples do rim é menos grave que a ablação primitiva.

---

(1) «Torque e Reclus»---Thérapeutique chirurgicales. Tomo 2°.
(2) Suppurations pelviennes---1892..
(3) Technique chirurgicale générale---Oper. Gyn.

Nos casos graves, quando a doente cahio já em verdadeira cachexia pyohemica, a incisão simples é a unica indicação.

A ablação do utero, diz Richelot, (1) permitte drenagem ideal.

Este facto é verdadeiro, mas acreditamos que a drenagem pelo fundo de sacco posterior póde ser classificada do mesmo modo e que, neste particular, as duas operações são perfeitamente semelhantes.

Si a indicação da hysterectomia vaginal fosse sómente esta, e outro papel muito mais importante não lhe estivesse reservado, era ella uma intervenção destinada a desapparecer da therapeutica cirurgica.

A colpotomia posterior póde ser uma operação de escolha, de necessidade ou de ensaio, conforme se tratar de um abcesso proeminando na vagina, de pús muito virulento ou cachexia pyohemica, de precisar um diagnostico incerto, etc.

Os resultados immediatos são, por vezes, extraordinarios :— a febre cahe e a doente melhora rapidamente, ganhando em pouco o appetite perdido; o somno vem visital-a frequentemente e a cura duravel póde ter logar.

As dores, especialmente as da época catamenial, cessam; regularisa-se a menstruação.

Logo depois da abertura do fóco a bolsa tende á retracção, que convém ser evitada para impedir a formação de uma fistula.

Uma boa drenagem e prolongada tanto quanto possivel, em geral é quanto basta.

A cura póde ser definitiva, mas ainda quando isto não se dê, a intervenção ulterior não fica prejudicada.

CAPITULO V

Em 1887, a 12 de Dezembro, Péan praticou a primeira hysterectomia vaginal para cura de lesões dos annexos do utero.

Antes de Pean, affirma Doyen ter praticado a mesma operação, mas não lhe cabe, segundo pensam todos os autores, a gloria do methodo, por isso que a sua observação não foi publicada, nem, como é corrente em materia de sciencia, reclamada a prioridade do methodo.

A operação de Pean foi, quasi logo, adoptada por Segond, que tem sido o seu mais ardente e perseverante propagandista.

A hysterectomia vaginal, no tratamento das suppurações pelviannas, occupa, ao lado da laparotomia, um lugar saliente e tem quasi reinado com absolutismo de causar medo.

A propria laparotomia tem sido abandonada, mais do que devia, visto como póde prestar incalculaveis serviços, como adeante veremos.

(1) Hysterectomia vaginal.

A hysterectomia vaginal só póde ser applicada quando as lesões forem bi-lateraes, o que, conforme a opinião de Lawson Tait, é a regra.

Quando, diz o mestre, os annexos de um lado estão lesados, os do lado opposto ou já estão tambem ou estarão em breve espaço de tempo; por isso mais vale fazer ablação total que ter de recomeçar logo depois.

O methodo de Pean, hoje consagrado pela sciencia, em dadas circumstancias, teve, nos seus primeiros tempos, de lutar com adversarios poderosos e temidos.

Os partidarios os mais ferventes do methodo, declaram preferil-o porque :

1.º E' menos grave.

2.º Dá curas mais perfeitas e mais duraveis.

3.º Evita os inconvenientes da cicatriz.

Ao que respondiam, pela voz de Pozzi, os adversarios da operação de Pean: A laparotomia dá curas tão persistentes quanto a hysterectomia; não é uma operação mais grave, regulada perfeitamente como está a sua technica; a cicatriz com os modernos processos de sutura é apenas visivel, não sendo, portanto, uma deformidade que deva ser levada em linha de conta.

Pozzi hoje admitte a hysterectomia vaginal em certos casos, considerando, porém, a laparotomia como processo de escolha.

No methodo de comparação entre as duas operações está o defeito de todas as discussões ; a respeito de suppurações pelvianas, como a respeito de qualquer lesão, não ha um só methodo que possa comprehender em absoluto todos os casos.

Cada um delles deve ter suas indicações precisas de modo a convir a este ou áquelle caso ; fóra disso não ha discussão possivel.

Assim, pois, a laparotomia e hysterectomia vaginal não devem ser consideradas duas operações rivaes, mas dous methodos que se completam, tendo cada um a sua esphera de acção, as suas indicações.

A operação de Pean é hoje admittida por todos e a sua technica tem sido variada quasi com cada cirurgião.

E' difficil achar um processo que se assemelhe a outro em todos os seus detalhes. Só os traços geraes são identicos.

Para não alongar em demasia o nosso trabalho, vamos deixar de parte quasi todos os processos operatorios, apenas respigando neste ou naquelle detalhe de technica, que pareça mais importante, porquanto não temos a pretenção de escrever um tratado e, além disso, nutrimos a convicção de que ninguem, a não ser os nossos juizes, irá ler essas linhas.

Mas voltemos ao nosso assumpto, porque o caminho que iamos trilhando, absolutamente não entra no programma que nos foi imposto.

Um dos detalhes mais importantes da hysterectomia vaginal refere-se ao tratamento dos pediculos ligamentarios.

Estes podem ser ligados ou pinçados. Qual deve ser preferido? A ligadura tem inconvenientes, como seja, por exemplo, a subida dos ligamentos na cavidade pelviana, ligamentos que, por maiores que tenham sido as cautelas, podem ter se infeccionado na vagina.

A hemorrhagia é muito mais facil de sobrevir depois da ligadura, por-

que a tracção exercida nos ligamentos largos, não permitte collocar convenientemente os fios ao nivel da vulva, tanto mais quanto, em geral, o utero contrahio adherencias solidas com as circumvisinhanças.

A forcipressura é superior á ligadura, mas convém não haver abuso do numero de pinças, como faziam outr'ora.

Neste particular temos como bom o preceito de Doyen, isto é, deixar de demora, no maximo, quatro pinças, sendo duas de cada lado.

As pinças têm o grave inconveniente de incommodar grandemente as doentes, que, no fim de poucas horas, reclamam energicamente contra a sua permanencia, que deve ser de 48 horas no minimo.

Apezar disso a forcipressura é o melhor processo de hemostase, salvo a vasotrepsia de Doyen ou angiotrepsia de Tuffier, que poderiam prestar relevantes serviços, se fossem praticamente realisaveis.

Em algumas experiencias feitas na maternidade do Professor Dr. Feijó Junior, a vasotrepsia do cordão umbilical, deu resultados muito problematicos.

Entretanto, póde-se affirmar que o instrumento de Doyen é muito superior ao de Tuffier.

Na operação de Segond o ideal que o cirurgião deve attingir é a ablação total do utero e annexos; alguns autores, entretanto, acreditam que, embora não seja possivel a retirada dos annexos, a cura não se atraza por isto, porquanto os annexos se atrophiam.

Quanto a isto protestam as experiencias de Gramatikati, que, estudando a evolução dos annexos, depois da ablação do utero, verificou que estes não se atrophiam.

Vandeler observou um caso de prenhez extra-uterina, depois da retirada do utero.

Attendendo a estes factos, raros embóra, devemos empregar todos os esforços, afim de tornar, tanto quanto possivel, completa a extirpação dos annexos. Estes só devem ser deixados, quando as difficuldades forem insuperaveis e complicarem as consequencias e o exito da operação.

A clinica, neste particular, vem confirmar as *asserções* da experimentação e provar que si, por vezes, os ovarios atrophiam-se depois da ablação do utero, este facto, entretanto, não é fatal e irrevogavel. A atrophia dos annexos dá-se nas seguintes condições: quando os annexos estão suppurados e que as bolsas foram todas abertas durante a operação, as paredes do abcesso, sob a influencia de uma boa drenagem, soldam-se uma a outra, e no fim de um certo tempo os annexos *volatilisam-se*, como dizem os auctores.

Ahi ainda ha excepção, por exemplo, quando houver defeito e insufficiencia da drenagem.

Não queremos fazer carga á hysterectomia vaginal com o argumento, muito rebatido já, da possibilidade de ferir os ureteres, a bexiga, os intestinos, etc., porque, si estes accidentes se verificam algumas vezes, tambem a laparotomia a elles está sujeita, e além de tudo são hoje raridades.

Não é preciso, porém, invocar os altos conhecimentos de anatomia para garantir a impossibilidade do accidente.

Para isto era necessario que o cirurgião tivesse tão vasta erudição, tamanha pratica, que conhecesse todos os desvios pathologicos dessas visceras.

A anatomia normal, pois, não póde ser invocada como o grande soccorro. Muitas vezes aonde não se pensa encontrar o uretere, por exemplo, é justamente onde elle está, desviado pela collecção pelviana.

Si a anatomia não é guia segura, é auxiliar poderoso, e não convém, de outro lado, que o cirurgião se abandone aos azares da sorte, se deixe guiar sómente pela sua estrella protectora...

Mas deixemos de parte estes argumentos, que pouco devem pesar na balança.

A estreiteza da vagina e da vulva são difficuldades á realisação da operação de Pean-Segond, difficuldade que não se encontra no methodo de Chaput, methodo pouco pratico, porquanto vem complicar a operação. Chaput aconselha o debridamento systematico e bi-lateral da vulva; mas o seu methodo não póde absolutamente ser erigido em methodo de escolha por ser, praticamente e theoricamente, muito mais grave e complicado.

De par com a estreiteza da vagina caminha a friabilidade do utero, que muitas vezes, é uma contra-indicação formal á operação.

O cirurgião em presença de um utero friavel, deve revestir-se da maior prudencia possivel e de uma dóse de paciencia incalculavel.

A lentidão, a cautela, as tracções brandas e moderadas, são os caracteristicos da intervenção nestes casos.

Mais vale manter o utero que procurar prolabal-o na vulva ou fóra della.

A' friabilidade do utero, como diz Baudron (1), adquire maior importancia depois do parto.

«L'hysterectomie devient alors une opération horriblement difficile et dangereuse, elle ne s'achève guère qu'au prix de déchirures viscerales graves et son prognostique est des plus sombres.»

A parte estes detalhes de technica o cirurgião, antes de lançar mão do bisturi, tem o dever de saber o mais precisamente possivel o que vae fazer.

Seria abordar aqui a magna questão do diagnostico, si já o não tivessemos feito em differentes occasiões.

Esta questão, porém, tem, até certo ponto, sido desprezada pelos cirurgiões, por isso que, qualquer que seja a lesão dos annexos, a indicação da castração uterina ou ovariana é a regra.

Si é incontestavel, diz Lucas Championnière, que é impossivel diagnosticar a presença do pús nos annexos, não é menos certo que póde-se sempre saber se estes estão ou não lesados...

«D'ailleurs, diz ainda Baudron no seu trabalho citado, dans tous les cas douteux, le chirurgien a le devoir de commencer l'hysterectomie par l'incision exploratrice du cul-de-sac posterieur.

(1) Baudron---De l'hysterectomie vaginale.

Mon maître Segond a pratiqué pour la première fois l'exploration des annexes par le cul-de-sac posterieur, le 1 Mars 1891.

A plusieurs réprises, cette conduite lui a permis de borner son intervention à une simple elytrotomie» e as doentes de Segond ficaram curadas sem maiores complicações.

E' facil tirar conclusões destas poucas linhas :— diagnostico de lesões bi-lateraes duvidosas, exploração pelo fundo de sacco posterior não confirmando a opinião primitiva, incisão simples, drenagem, etc., cura.

Mas, raciocinemos ; si a lesão fosse bi-lateral o mesmo facto, isto é, a cura não podia ter se verificado pelo mesmo processo ? A difficuldade unica seria reconhecer a duplicidade das bolsas purulentas e incisal-as, mas difficuldade de pequena monta para o cirurgião habituado a estas explorações.

Não é a quantidade maior de micro-organismos das lesões bi-lateraes que contra-indica este proceder, porquanto não é pelo numero, mas pela qualidade, que estes são nocivos.

A abertura do fundo de sacco posterior, mesmo nas lesões bi-lateraes, é perfeitamente equivalente, senão totalmente igual, á hysterectomia vaginal incompleta.

Na hysterectomia incompleta, a vagina cicatrisando-se superiormente, deixa permanecer na cavidade pelviana os annexos doentes e, portanto, aptos para infeccionar a grande serosa abdominal.

Os factos, dir-se-ha, não estão de accôrdo com esta maneira de ver. Em parte isto é verdadeiro, mas a explicação parece simples : ou nos annexos incisados (depois da hysterectomia) e drenados dá-se o *restitutio ad integrum*, ou os micro-organismos existentes perdem aos poucos a virulencia, até tornarem-se inoffensivos e, portanto, tolerados.

Não se póde contar com a atrophia dos annexos (facto que não está perfeitamente averiguado) em tão curto espaço de tempo, qual o da duração da cura operatoria de uma hysterectomia.

Seja, como fôr, verificação que deixamos aos mais doutos, o idéal da hysterectomia vaginal é a extirpação completa do utero e annexos, sem o que, mais vale fazer-se a simples incisão no fundo de sacco posterior.

Modernamente tem-se agitado no mundo medico uma questão importante, que vem, de certo modo, fazer carga á hysterectomia vaginal.

Em 1892, na Sociedade de Biologia, Clado descreveu um ligamento appendiculo ovariano, ligamento constante, affirmava elle, que partiria do meso-appendice para se continuar com o bordo superior do ligamento largo.

Este ligamento, na opinião de Clado, estabeleceria ligações lymphaticas constantes entre o appendice e os ovarios.

Graças a este traço de união lymphatica, seriam faceis as explicações da marcha dos germens do ovario ao appendice e deste para aquelles.

Dahi a existencia quasi constante de salpingo-ovarite e appendicite.

Esta complicação é quasi fatal ou, pelo menos, deve sempre vir á mente do cirurgião quando diagnostica uma lesão dos annexos direitos.

Estudado por differentes auctores, este ligamento foi admittido por muitos, rejeitado por grande parte.

Na Allemanha Cott e Kruger (Deutsch Zeitsch fur Chirurg XLV—3 de Abril de 1897) chegaram a descrever uma arteria supplementar que, partindo do ovario, iria ao appendice vermicular.

Barnsby, que examinou 127 cadaveres, diz, depois de minucioso estudo: «Nous n'avons jamais rencontré le ligament appendiculo-ovarien tel que le décrit Clado. Ce que nous avons constaté, c'est la facilité extréme avec la quelle on peut créer des répris peritonéaux ou ligaments artificiels entre les organes, quand on exerce la moindre traction de part et d'autre.

Ce n'est donc pas là un ligàment constant. S'il existe, ce n'est qu'à titre d'anomalie, et encore peut on se demander s'il ne s'agit pas, dans ces cas, soit du prolongement anormal de l'insertion iliaque du mesentêre vers le ligament large, soit d'adherences pathologiques anciennes....

Quant aux communications vasculaires sous-sereuses entre lymphatiques utero-ovariens et appendiculaires, elles doivent ètre considerées comme insuffisamment demontrées.

Nos recherches sont negatives, il est vrai, mais elles ne sont pas basées sur un assez grand nombre de cas pour entraîmer une negation absolue.» (Thèse de Paris 1898) (1)

Admittamos como perfeitamente exacta a descripção e, portanto, a independencia, em que pese a opinião de Clado, dos dous orgãos appendice e ovarios.

E, com effeito, a situação normal do appendice e dos ovarios é differente.

O primeiro situa-se na fossa iliaca, ao nivel do estreito superior, e os segundos na profundeza do pelvis.

Isto, porém, não destróe por completo a possibilidade do contacto dos dous orgãos, por que :

1º) O appendice póde descer e vir se pôr em relação immediata com os annexos; o que não é mais que o exaggero da situação sub-cœcal do orgão, frequentemente observado na mulher. Em 106 cadaveres de mulher, examinados debaixo desse ponto de vista—63—vezes o appendice era sub-cœcal, e destes—34—vezes o appendice penetrava na bacia o que faz 32 por 100.

A ponta do diverticulo póde se pôr em relação com o fundo do utero, com a face postero-superior do ligamento largo, com o ovario, e mais especialmente, com a metade externa da trompa.

2º) Mais raramente, depois de um parto seguido de septicemia por exemplo, são os annexos que sobem ao encontro do appendice vermicular.

A explicação aqui ainda é facil: os annexos tendo acompanhado o utero no seu desenvolvimento, occupam necessariamente uma posição elevada. Ora, nestas condições, com o attaque da peri-ovario-salpingite, formam-se adherencias que fixam os annexos nessa posição e os mantém em relação com o meso-appendice.

(1) «Barnsby»—De l'appendicite d'origine annexille.

Suppondo mesmo esse appendice são, facil se torna a explicação da infecção que o invade.

As adherencias, paralysando as contracções do orgão assim fixado, perturbam a sua circulação, produzem inflammação da mucosa appendicular, cujas condições de vitalidade, naturalmente enfraquecida, porque o appendice é um orgão em via de regressão, já estavam modificadas pelas mesmas adherencias. Fica assim creado o—*locus minoris resistentiæ*, e, sem admittir mesmo uma nova infecção de orgão intestinal, aliás muito possivel, veremos apparecer a appendicite.

E' que na mucosa appendicular, como em todas as mucosas, existe o microbismo latente, denominação de Bouchard, que se manifesta immediatamente ao apparecimento de uma causa qualquer, capaz de excitar a virulencia dos micro-germens.

Alguns autores explicam ainda a infecção appendicular pela contiguidade, e pelas neo-anastomoses lymphaticas, que se formão nas adherencias que unem os dous orgãos.

Esta opinião basea-se em analyses bacteriologicas.

O microscopio tem muitas vezes discriminado no pús das salpingites, microbios intestinaes.

As primeiras observações d'estes factos, pertencem a Pozzi : «J'ai observé trois cas où, en l'absence de toute antre étiologie, l'infection des trompes paraissait remonter manifestement à une ancienne *lesion de l'intestin.* Sa propagation se fait alors soit par ces adhérences reuiussant les annexes à l'intestin, à l'appendice cæcal enflammé, soit par les communications lymphatiques signalés par Clado entre ce dernier organe et l'ovaire.» (1) (pag. 622).

Hector Treub (2) ennumerando as causas da parametrite, accrescenta : «Pourtant cette etiologie est incomplète, il faut ajunter anx causes de la parametrite, l'appendicite.

A ma connaissance, cette cause de parametrite ne se trouve mentionée que dans le traité de Fritsch, de Bonn, et dans mon traité hollandais, dont la première éditiou a paru en 1892.»

O appendice ileo-cœcal não é mais que um diverticulo do cœcum, e representa, por isso, no mais alto gráo, um fundo de sacco intestinal.

Ora, dizer-se fundo de sacco, equivale a affirmar estagnação do conteudo, estagnação perigosa, desde que a ella se reunam perturbações de circulação, paralysia de contracções, inflammação da mucosa.

Accresce a isto que o appendice, por ser um orgão em via de regressão, possúe menor gráo de resistencia, que o resto do canal intestinal.

O poder de resistencia do intestino e das paredes do mesmo orgão consiste em tornar inoffensivos os germens que os atacam, o que póde ser feito ou pela evacuação do conteudo, ou pela destruição completa dos microgermens.

No appendice a evacução é defeituosa, senão, ás vezes, impossivel, resta-lhe, pois, a defesa directa, defesa que só póde ter lugar nas suas pa-

(1) A. Pozzi---Traité de gynecologie---1897.

(2) Appendicite e parametrite.

redes e cujas armas são : augmento de circulação, phagocytose e eliminação dos venenos microbianos por intermedio dos lymphaticos.

Ora, o appendice vermicular como qualquer orgão em via de regressão, sendo fracamente provido de vasos sanguineos e lymphaticos, bem pouca resistencia póde offerecer.

A appendicite, entretanto, é menos frequente na mulher.

Para Askley, de Baltimore, este facto é verdadeiro, sómente porque : «L'appendicite ne parait si rare chez la femme, que parce qu'elle est meconnue.»

Maurin, Fergusson, etc., admittem, na proporção de 62 por 100, a existencia de um mensenterio appendicular, que serve para desembaraçar as paredes do appendice do conteudo do seu parenchyma.

A experiencia seguinte, de Koste, parece corroborar esta opinião : Introduzindo uma agulha na cavidade do appendice, de modo a fazel-a atravessar a parede do orgão e chegar até ao começo do mesenterio, permanecendo entre as folhas deste, e injectando um liquido corado, notou que este liquido se espalhava no tecido sub-peritoneal da fossa iliaca, por intermedio do mesenterio.

E' por esta razão que as appendicites são menos commumente observadas na mulher, cujo appendice é mais resistente, por isso que esse mesoappendice é um meio de desembaraçar o orgão do conteúdo do seu parenchyma.

Este meio, porém, não dá explicação de todos os factos, visto como, grande parte do appendice fluctúa livremente na cavidade abdominal. E' que, como muito bem diz Talamon, o homem commette mais excessos, imprudencias alimentares, fadigas mais violentas, resfriamentos, etc., condicções estas cujo papel occasional, é mencionado em todas as observações.

«La base du mensentère appendiculaire est tellement proche de la partie supérieure du ligament large, qu'il y a continuité entre ces deux réplis péritoneaux et que la partie intermediaire a été designée par Clado sous le nom de ligament appendiculo-ovarien.

Les lymphatiques, amenés de l'appendice dans le mesentère, aboutissent chez l'homme au ganglion retro-cœcal.

Clado a démontré aussi que, chez la femme, ils rejoignent par le ligament appendiculo-ovarien, le réseau lymphatique du ligament large.

Il me semble que cette disposition anatomique explique d'une manière tout à fait suffisante l'immunite relative de la femme.» (1)

Si o meu raciocinio é exacto, continúa Treub, os casos mais benignos devem ser em maior numero na mulher. E' o que prova a estatistica do Professor Zonnemburg, a qual menciona 17 casos de appendicite benigna, dos quaes 8 mulheres, isto é, quasi 50 por 100.

Vautrin (2) acredita que a appendicite pelviana é bastante commum, não sendo mencionado maior numero de vezes por passar despercebida, velada pelos symptomas das lesões dos annexos.

«Losqu'il s'agit d'une jeune femme, le diagnostique est beaucoup plus difficile, parce que la douleur de la trompe et de l'ovaire droit peut simuler

(1) Hector Treub---loc. cit.
(2) Des appendicites anormales.

une appendicite. Il est parfois très difficile, sinon impossible, de diagnostiquer les deux lésions. Ces deux affections peuvent coexister. J'ai trouvé parfois l'appendice et la trompe droite agglutinées dans une masse inflammatoire et les organes étaient si alterés par l'inflammation qu'il était impossible de dire celui que avait été atteint le premier.

Plusieurs fois j'ai fait le diagnostique, d'appendicite et de salpingite concomittants, et j'ai pu vérifier le diagnostique, en enlevant avec succés l'appendice, la trompe et l'ovaire.» (1)

Assim, em face de todas estas citações, não é em vão que procuramos chamar attenção para estes casos de lesões duplas. Não são elles os moinhos de vento de que nos falla Cervantes, e nem nós nos arremettemos, qual D. Quixote, contra imaginarios perigos.

Estes casos são muitas vezes escolhos, onde vem sossobrar a hysterectomia vaginal.

«Il faut remarquer aussi, que chez la femme, les erreurs de diagnostique sont plus communes, et bien de suppurations pelviennes auxquelles on a attribué une cause salpingo-ovarienne, prenaient leur origine dans une affection de l'appendice.» (Aimé Guinard) (2)

A hysterectomia vaginal, pois, desde que se dê a concomittancia das lesões appendiculo-ovarianas, póde ser uma operação grave, porquanto, as tracções sobre o collo, podem esphacelar o appendice vermicular.

Fica como dever do cirurgião, a verificação, sempre que esta fôr julgada necessaria e possivel o exame do fundo da bacia, e por menos que o appendice esteja alterado, melhor será fazer a sua reseccação.

Entretanto, si o operador tem a felicidade de fazer o diagnostico das duas lesões, mais vale praticar a hysterectomia supra-pubiana, que lhe dará mais facilidade e resultados mais seguros.

CAPITULO VI

Salpingectomias. — Differentes methodos operatorios têm sido postos em pratica para a castração tubo-ovariana.

Estes podem ser classificados sob tres rubricas :

1º Laparotomia vaginal que, como diz Delbert, não deve ser confundida com a incisão vaginal ;

2º Laparotomia posterior, pela via sacro-lombar.

3º Laparotomia interior ou supra-pubiana.

A primeira laparotomia vaginal foi feita por Atlec em 1859. Batley em 1869 applicou o processo na extracção de um kisto do ovario e, em seguida, propoz como methodo de escolha para a castração a via vaginal.

Foi, entretanto, Guillard Thomaz quem fixou as regras da intervenção.

(1) Dudeny P. Allen---De l'appendicite--etiologie et pathogenie.
(2) De l'appendicite in Traité de clin. chir. et opér. de Le Dentu et Delbert.

A' primeira vista parece que a laparotomia vaginal não é outra cousa senão a colpotomia posterior, ou simples incisão do fundo de sacco posterior, opinião esta que é admittida por Doyen no seu tratado technico de cirurgia.

A incisão para a laparotomia vaginal, como para a incisão simples do fundo do sacco posterior, póde ser transversal ou vertical, esta não dando muita luz deve ser substituida pela outra.

A applicação do methodo depende, além de outras circumstancias, da vagina ser dilatada ou dilatavel.

Com uma vagina estreita as difficuldades podem ser insuperaveis.

Nas nulliparas, por exemplo, cuja vagina é, via de regra, bastante estreita, as manobras são difficeis senão, as vezes, impossiveis.

O tumor tem grande importancia quando se trata de escolher o methodo operatorio.

Assim, com um tumor volumoso e duro, é preferivel á laparotomia vaginal, a laparotomia anterior menos grave e mais segura.

Para que a intervenção vaginal seja coroada de successo operatorio é ainda necessario que o tumor seja posterior, isto é, occupe o fundo do sacco de Douglas.

Com um tumor de desenvolvimento abdominal a intervenção é, senão impossivel, muito arriscada.

A laparotomia vaginal, no dizer de seus adeptos, tem um certo numero de vantagens :

1º previne a eventração ;

2º evita a bexiga ;

3º facilita a drenagem.

A eventração, embora possivel na intervenção pela via abdominal anrior, é rara, basta para comprovar isto, compulsarmos a estatistica da enfermaria de que tivemos a honra de ser interno, onde este facto foi observado uma unica vez, devido ainda assim a imprudencia da doente que, no fim de poucos dias, sem ordem do Sr. Professor Feijó Junior, andava pela enfermaria sem absolutamente usar do collete que lhe tinha sido recommendado.

Admittindo ainda assim a superioridade da laparotomia vaginal n'este particular, resta-nos indagar si, com a secção dos ligamentos utero-sacros não são frequentes os prolapsus.

A bexiga na maioria, senão na totalidade des casos de intervenção abdominal, é frequentemente poupada e, portanto, é sem valor o 2º argumento.

A drenagem peritoneal tem suas indicações precisas e, demais, é hoje pouco empregada. Esta questão será discutida quando tratarmos da Laparotomia abdominal.

Laparotomia posterior — Em 1886 nos Arch. de Clin. Chir., Kraske propunha para a extirpação do cancer do rectum, quando este não occupava a porção anal do orgão, um novo methodo operatorio, que tinha por fim extirpar toda a parte invadida pelo neoplasma, desde que a porção sphincteriana està indemne.

Para attingir a esse fim é preciso seguir a via posterior, fazer a resecção do sacrum de modo a descobrir o rectum pela sua face posterior.

Hochenegg e pouco tempo depois Hergfeld, propuzeram a adaptação do methodo á gynecologia.

Em 1889 o primeiro d'aquelles autores fez applicação do methodo em um tumor kystico dos parametrios.

Hegar e Wiedow chegarão a fazer extirpações de salpingites pela mesma via sacro-lombar.

A laparotomia posterior, porém não fez carreira no que diz respeito a gynecologia. Na cirurgia geral, se os seus resultados fossem tão extraordinarios como a principio se apregoou, ella seria usada mais vezes, porquanto não lhe falta engenho e racionalidade,

Tillaux não acredita que o methodo se generalise :

«... donne un si grand jour qui les opérateurs ont survix cette voie de préferance aux voies vaginale ou abdominale pour arriver jusque sur l'utérus et ses annexes. J'ai peine a croire que cette technique se generalise. (1)

A intervenção pela via sacro-lombar, demanda resecções do Sacrum, o que não parece sem inconveniente, em que pese á opinião de Bardenhauser e de Chalot.

A resecção do sacrum póde dar em resultado o enfraquecimento do soalho pelviano, perturbações da estação e da marcha, devidas a destruição dos principaes ligamentos da bacia.

Além disto, a necessidade de ter luz sufficiente, reclama resecções mais altas possiveis, o que póde dar em resultado a secção de nervos volumosos e importantes, que sahem pelos buracos sacros superiores.

A laparotomia posterior é muito mais demorada, demanda maior traumatismo, e portanto, a infecção durante a operação torna-se muito mais facil e o choque operatorio mais frequente.

São hypotheses mais ou menos theoricas que, entretanto, têm razão de ser.

De nossa parte estas hypotheses serão sempre theoricas, por quanto não temos desejo de experimentar o methodo, por mais seductor que elle pareça.

Laparotomia abdominal — A salpingectomia para lesões purulentas, como diz Pozzi, é incomparavelmente mais difficil que quando se faz a mesma intervenção para as formas catharraes.

A multiplicidade de adherencias, a possibilidade de arrebentar a trompa cheia de pús, demanda precauções extraordinarias e pericia, por vezes fóra do commum.

Como acima vimos, é á respeito da laparotomia abdominal e hysterectomia vaginal, que as sociedades sabias têm se encarniçado em discussões interminaveis, ainda não resolvidas de todo, mas que, entretanto, são cheias de ensinamentos para nós outros que apenas encetamos a sciencia medica.

Durante grande numero de annos as duas operações eram consideradas rivaes e oppostas, modo de vêr que se vae, aos poucos, felizmente modificando.

E' que o accôrdo vae se fazendo quanto ás indicações de um e outro methodo.

Ambas, por diverso caminho, chegam ao mesmo fim com equivalencia de gravidade, com igualdade de insuccesso.

(1) Tillaux — Anatomie topographique.

A hysterectomia vaginal é tão grave quanto a laparotomia anterior, senão leia-se o que escreve um dos mais ardentes hysterectomistas no Congresso de Bruxellas de 1892 : «Je pensais, il y a trois ans, que l'hysterectomie vaginale serait moins meurtrière que la laparotomie ; je ne le crois plus a cette heure, et je pense que, à ce seul point de vue et toutes choses égales d'ailleurs, les deux opérations se valent.» (1)

Si, pois, a questão de gravidade não póde entrar em linha de conta para escolha deste ou d'aquelle processo, outros factos existem e podem guiar o cirurgião no modo de intervenção.

Nas lesões uni-lateraes, por exemplo, ou mesmo nas incertezas, de bilateralidade da lesão, quando os meios menos radicaes já foram tentados sem resultados, o unico recurso é a laparotomia.

A laparotomia, além de tudo, tem um certo numero de vantagens, já muito rebatidas, que não devem ser desprezadas: permitte limitar a exerése ás partes lesadas com a conservação dos annexos ligeiramente inflammados.

Pelo deslocamento e destruição das adherencias o diagnostico póde ser reformado e uma operação conservadora praticada.

Na America do Norte, Polk tem, muitas vezes, se limitado á destruição das adherencias e ao restabelecimento do utero em seu lugar, depois de ter préviamente lavado as trompas.

Martin publicou, ha alguns annos, muitos casos de resecção parcial das trompas, alguns dos quaes forão seguidos de gravidez ulterior.

Skutsck refere um caso interessante de hydro-salpinge esvasiado por meio de uma puncção aspiradora e sutura da trompa do ovario.

S. Pozzi liga grande importancia ás resecções e igni-puncturas do ovario que, quasi sempre, são seguidas de resultados.

Estes factos são referentes a hydro-salpinges, ovarios sclero-kysticos, etc. ; serão, pois, applicaveis á salpingite purulenta ?

A tentativa tem seus escolhos e perigos ; alguns autores, entretanto, acreditam ser a hydro-salpinge uma transformação do pyo-salpinge.

«Les elements du pus peuvent-ils se transformer pour être réservés, de telle façon qui la collection redevienne transparente et séreuse. Veit ne croit pas à cette transformation. Elle paraît cependant singulièrement probable.... Comme on sait d'autre part que dans ces vieilles salpingites on ne trouve plus ancienne agent pathogène, que ce sont en quelque sorte plutôt des reliquats d'affections anciennes qui des maladies propement dites, cette conclusion tend à s'imposer a l'esprit.» (2)

As transformações microbianas, a perda de virulencia, a cessação da vida do micro-organismo são admittidas por todos.

Muitas vezes a duração da vida activa do micro organismo é prevista, quando, por exemplo, se trata de affecções cyclicas, febres eruptivas, pneumonia, etc.

A Historia Natural nos ensina que tal ou tal ser vivo tem um periodo activo fixo, que se repetirá para todos os seres da mesma especie.

---

(1) Paul Réches --- Hysterectomie vaginale et suppurations pelviennes.
(2) P. Delbert --- Loc. cit.

A variola, escarlatina, pneumonia, febre typhoyde, etc., têm periodo cyclico de antemão conhecido, findo o qual o micro-organismo productor da molestia cessa de existir ou se transforma.

Não é muito forçar, pois, admittir a transformação das pyo-salpingites, produzida por germens de duração determinada.

Entretanto, as operações conservadoras, embora aquella probabilidade, não devem ser tentadas, já que na grande maioria dos casos a intervenção é feita sem periodo mais ou menos virulento do micro-germen.

Reseccar uma trompa nessas condicções para sutural-a ao ovario correspondente é, senão um crime, deixar a doente correr todos os riscos de uma infecção peritoneal grave.

Uma das mais brilhantes conquistas feitas pela via alta, no tratamento das lesões inflammatorias dos annexos, é sem duvida a de Réchus, ha bem pouco tempo ardente hysterectomista. Esta victoria foi adquirida por meio de uma pequena modificação, a primeira vista insignificante ; a posição inclinada ou de Tradelenbourg em que deve ser operada a doente.

As vantagens da posição de Tradelenbourg na laparotomia, são de tal ordem, que Terrier chega a affirmar, que a mortalidade de suas operadas diminuio de 17 a menos de 5 por 100, devido a ella : «Depuis cette époque il a (Terrier) systematiquemente cherché a opérer sous le contrôle de la vue, au lieu de se borner à arrasner, en quelque sorte à l'ameylete, les annexes du Cassin.» (1)

Com esta pequena pratica o laparatomia póde perfeitamente supportar o confronto com a hysterectomia vaginal.

E, parece, os adversarios do primeiro instante vão-se aos poucos pondo-se de accôrdo.

... «Les cas on ils considerent maintenant la voie inferieure comme une ressource précieuse nous les disions, pour la plupart, dans nôtre première memoire. Les combatants du début son heureux de ce succès qu'ils ont obtenu de haute lutte ; mais sur certains points, les vainqueurs un paraissent devoir céder un peu du terrain qu'ils pretendaient vauloir occuper.» (Réclus).

Depende, pois, como já o dissemos mais de uma vez, a escolha do methodo operatorio do caso clinico, e encastellar-se em um só methodo, sobre ser pyrrhonico, é absurdo e máo.

Ha muitos caminhos que conduzem a Roma, diz o proloquio, e, «il y a beancoup de chémins que ménent à un traitement rationel et à la guérison compléte des suppurations pelviennes», diz Saenger.

Comparée avec le travail obscur d'une hysterectomie vaginale, une salpingo-oophorectomie moderne (graças á posição inclinada da bacia) est une opération en plein air. (2)

---

(1) P. Reclus --- Loc. cit.
(2) Säenger---Congresso de Bruxellas---1892.

Je disais, en effet, dans ma deuxieme conclusion : Pour les doubles ovaro-salpingites volumineuses, nous préférons, comme plus facile et plus sure l'hysterectomie à la laparatomie que, cependant, a donné d'excellents resultats. Maintenant, au contraire, la voie vaginale, dans ces mêmes cas ne me paraît point plus facile et plus sûre, depuis que la position elevé du bassin permet de voir ce que l'on fait dans le ventre.» (1)

Nem todos, porém, entoam hosannas á posição de Tradelenbourg.

Doyen, em seu livro, já muitas vezes citado, condemna-a nas seguintes phrases : « Nous considerons l'emploi méthodique de la position de Tradelenbourg comme absolument inutile dangereuse même, dans les cas de suppurations peri-uterine pouvant ce trouver contaminé, en cas de rupture précoce d'une poche friable, jusque dans la concavité du diaphragne.

Pozzi á pag. 731 de seu livro emitte a mesma opinião.

Aberto o ventre o cirurgião tem a discutir um facto importante, como seja o da castração total.

Nos casos de lesões bi-lateraes a discussão não tem razão de ser, porquanto a ablação dos dous annexos deve ser a regra.

Nas lesões uni-lateraes a questão de extirpação completa se agita, e muitos cirurgiões entendem que ella deve ser feita.

Lawson Tait é desse numero e pensa que a operação deve sempre ser bi-lateral, porque diz elle : «Je n'ai pu malheureusement que trop frequenment rendre compte combien ces opérations uni-laterales sont insuffisantes et ne répondent pas au résultat désiré, car l'affection récidive au coté sain et cette récidive réclame bientôt une second intervention chirurgicale.» (2)

Para provar a sua affirmativa Tait apresenta uma estatistica de 26 casos de ablação uni-lateral, dos quaes 5 falleceram em circumstancias taes que a lesão da trompa restante foi certamente a causa da morte, 3 submetteram-se a nova operação, 3 engravidaram-se depois da operação e muitos necessitam outra laparotomia, de sorte que, diz aquelle auctor, 14 vezes sobre 26, a operação teve insuccesso completo.

Delbet, criticando a estatistica de Tait, affirma que a proporção é outra. Com effeito, diz elle, que mulheres sómente tiveram filhas antes da operação; ora como não é a salpingite a unica causa de esterilidade, não se póde racionalmente exigir da castração uni-lateral fecundidade em mulheres que eram estereis.

Assim, pois, a estatistica de Tait é exaggerada e a proporção deve ser 3 por 9, o que é muito differente.

Além disso convém examinar, antes de se decidir uma intervenção tão radical, si as lesões do lado considerado são como por conta da molestia que necessitou a primeira intervenção.

---

(1) Reclus---Loc. cit.
(2) Tait---Maladies des femmes.

Toda intervenção abdominal uni-lateral e mesmo bi-lateral, conforme as circumstancias, deve ser seguida, si já não foi precedida como deve ser a regra, de um tratamento curativo da endometrite.

Curada esta não ha possibilidade de infecção annexial, porquanto está hoje admittido por todos que a lesão das trompas e ovarios está intimamente subordinada á lesão uterina, quer esta infecção se faça pela via mucosa, como admitte o maior numero, quer pela via lymphatica.

O papel do cirurgião, pois, consiste em estabelecer uma prophylaxia, não, porém, por meio de uma mutilação injustificada.

Curar a metrite pelos meios heroicos de que dispõe hoje a gynecologia é impedir a lesão dos annexos e, portanto, conservar á mulher todas as probabilidades de integridade funccional do apparelho genital.

Estabelecido este principio, isto é, que o cirurgião não tem o direito de fazer extirpação bi-lateral quando um dos lados é considerado são, deviamos passar ao methodo operatorio, detalhando-o o mais possivel; preferimos, entretanto, ainda aqui nos circumscrever ao programma que desde o começo adoptamos. E' assim que não trataremos senão dos detalhes que pareçam importantes debaixo do ponto de vista pratico.

Destruidas todas as adherencias, isto é, mobilisado o kysto salpingiano, é preciso fazer os pediculos, que são em numero de dous, um externo-utero-ovariano e outro externo uterino.

O pediculo externo é facil de formar e ligar-se. A ligadura desses pediculos tem a maxima importancia, porquanto, mal ligados, podem elles occasionar accidentes graves: hemorrhagias, infecções peritoneaes, etc.

Para evitar o escorregamento do fio de ligadura, varios meios têm sido postos em pratica, mas a condição essencial é que um dos fios passe atravez os tecidos.

O nó de Lawson Tait, muito conhecido de todo cirurgião, é um bom meio, mas acreditamos que melhor do que elle é o processo usado no serviço clinico do Sr. Professor Feijó Junior, progresso ideado pelo illustre cirurgião Dr. Arthur de Carvalho Azevedo, parteiro emerito e distinctissimo como os que mais o são. O auctor denomina o seu processo de sutura de sapateiro, por ella assemelhar-se a que usam estes artistas.

Eis a descripção, que nos foi fornecida por aquelle gynecologista, a quem agradecemos :

«Com a agulha de Reverdin, ou melhor, com um fio tendo em cada extremidade uma agulha de Hagedorn ou outra qualquer, fazem-se pontos taes de maneira a formar uma série de 8.

O fio é passado até o meio e as agulhas atravessadas de um lado para outro, de modo a torcerem-se perfeitamente as posições primitivas.

Um nó duplo, commummente denominado de cirurgião, póde servir para terminar a sutura, que vae sendo apertada á medida que vae sendo retirada a pinça, que prendia o pediculo.»

Este meio é muito superior ao de Lawson Tait, por ser muito mais seguro. Os fios não escorregam absolutamente e a hemostase é perfeita. Assim, pois, não podemos deixar de recommendal-o aos praticos, especialmente áquelles que não desejam reabrir o ventre de suas operadas, para fazer nova hemostase.

Depois dos tradalhos de Wesley Boney, os cirurgiões têm explicado mais facilmente os insuccessos da laparotomia.

Boney constatou em diversas observações que, em grande numero de casos, o côto da trompa ficava permeavel, abrindo-se no peritoneo.

D'ahi a possibilidade de infecções graves, prenhez após ablação bi-lateral dos annexos, etc., factos que, embora raros, têm sido observado algumas vezes.

«Dans la grande majorité des lésions suppurées de la trompe, la muqueuse utérine est également enflammée; la ligature porte donc sur une partie infectée, même lors qu'elle interesse la corne uterine.

Il en résulte que, quel que soit la ligature employée, elle risque de s'infecter à son tour, elle est eliminée rapidement, et la trompe redevient libre à ce niveau. Cette restauration du bout utérine de la trompe est susceptible de se produire, même lorsqu'elle est obliterée au moment de l'opération ; il se produit alors une résorption des elément purulents; et la muqueuse, qui est très rarement détruite, reprend ses fonctions.»

O meio de evitar este accidente, é a extirpação total da trompa, a exemplo dos americanos Kelly, Kruz e outros.

Eis a descripção do processo a empregar : «Sans ligatures préalables, on seccionne le ligament large au niveau de son bord supérieur.

La section est faite aux ciseaux, elle commence du côte externe ; une aide place des pinces sur les vaisseaux à mésure qu'ils sont seccionés ; l'àrtère utero-ovarienne sorgue d'aillers trés peu. La section passe au dessous de l'ovaire, et ce relève en s'approchant de la come utériue ; la section se fait, au niveau de l'utérus, sur l'uterus, lui-même, plutôt que sur la trompe. Celle-ci est donc entrevée en totalité. Les vaisseaux pincés isolément sont liés les uns après les autres. L'orifice interne de la trompe est cauterisé ; il ne rest plus qu'en faire les sutures.

La plaie longitudinale, qui va de la corne utérine au détroit supériur, est férmée par surjet. En dedans le ligament rond est précieux pour récouvrir la partie interne de la plaie.

Chaque point du surject est passé à Laurbert pour obtenir un bon affrontement sero-sereux, de telle sort qu'il ne rest aucune surface cruentée et que toutes les ligatures soient enfoncés sous le peritoine. (1)

Por este meio cortam-se as recahidas e as infecções peritoneaes pelo côto da trompa permeavel, de facil accesso pelos micro-organismos existentes na mucosa uterina.

No caso, porém, de encontrarem-se lesões bi-lateraes, o cirurgião póde fazer a hysterectomia total, como aconselham os cirurgiões americanos, Polk, Pryn entre outros.

Em uma doente de sua clinica particular, o nosso illustre mestre, o Sr. Professor Feijó Junior, teve esta conducta e parece que é este o seu modo de proceder em todos casos identicos, opinião com a qual estamos de perfeito accordo.

Depois da castração total o utero fica inflammado e doloroso, dando muitas vezes insuccessos therapeuticos.

---

(1) Labbadie -- Lagrave et Felix Ligneu -- Traité medico-cirurgical de gynecologia.

A hysterectomia abdominal total não é mais grave que a castração, sendo, segundo a opinião de Baldy, até menos grave.

Em 22 casos aquelle cirurgião obteve 22 curas.

A hysterectomia total deve ser o complemento da ablação bi-lateral dos annexos pela laparotomia.

Ella é, conforme pensa o Professor Richelot, uma operação de *correcção*, a qual está reservado um brilhante futuro.

Drenagem — A drenagem comporta duas indicações : hemorrhagia e infecção. Nos casos de ruptura do kysto purulento, outr'ora lavava-se largamente a cavidade abdominal, pratica que aos poucos, vai sendo banida.

A lavagem peritoneal feita com agua esterilisada ou, quando muito, com serum artificial, tem o grave inconveniente de diffundir por toda a serosa micro-organismos existentes no kysto.

Com a moderna pratica adoptada nas laparotomias, as rupturas das salpingites são quasi sempre evitadas.

A posição de Tradelenbourg permitte isolar perfeitamente, por meio de compressas asepticas, a pequena bacia e evitar a infecção do peritoneo.

Todas as vezes, porém, que uma superficie avivada sangra, sempre, que houver escoamento de pús no curso da operação, ha indicação da drenagem.

A drenagem póde ser feita pela vagina, como aconselha Marion Sims ou pela parede abdominal.

Habitualmente feita pelo abdomen, a drenagem, porém, parece, seria muito superior, quando feita pelo fundo de sacco de Douglas.

O fundo do sacco posterior reune todas as vantagens de uma boa drenagem: posição mais declive, menor gravidade, consequencias posteriores muito mais favoraveis.

A drenagem abdominal retarda a cura definitiva, facilita a infecção dos fios, e, inconveniente muito mais sério, perturba a cicatrisação, que fica muito delgada, a reconstrucção da camada musculo-aponevrotica não se dá, o que facilita as eventrações ulteriores.

Nestas condições a drenagem pelo fundo de sacco posterior deve ser sempre adoptada de preferencia. A drenagem póde ser feita com gaze fracamente iodoformada ou com tubos de caoutchouc.

Para isto perfura-se de cima para baixo o fundo do sacco de Douglas e introduz-se um tubo em T que deve permanecer 3 dias mais ou menos.

Em vez do tubo podem-se usar mechas de gaze iodoformada, que devem permanecer o mesmo espaço de tempo, salvo o caso de infecção.

Resulta das experiencias de Delbert, feitas em cadaveres e animaes, que a drenagem pela parede abdominal não tem vantagens. A observação clinica demonstra que, no fim de 48, os tubos estão obliterados pelas adherencias ou pelo epiploon, como no caso apresentado por Hunter á Sociedade de New-York.

De suas experiencias Delbert (1) tira as seguintes conclusões :

1º) Il est a peu près impossible d'obtenir avec des tubes une drainage efficace de la cavité peritoneale. On peut l'obtenir momentanément par les drains capillaîres — gaze iodoformé, coton.

(1) Delbert — Des suppurations pelviennes chez la femme.

2º) Il se produit très rapidement des adherences autour des différents drains, même s'ils sont parfatement aseptiques.

3º) Le liquide que s'écoule par les drains doit venir, dans la majorité des cas, des transsudations qui se font par les adhérences dans la petite cavité formée autour de ces drains.

Estes factos reunidos aos inconvenientes da drenagem, mais acima mencionados rapidamente, vem nos indicar que ella deve ser usada com a maior parcimonia e só nos casos em que se tornar absolutamente indispensavel.

Nos casos de hemorrhagias rebeldes Doyen não faz drenagem, mas usa um meio especial : « Certains chirurgiens pratiquent le drainage vaginal ou le tamponnement du petit bassin par l'extremite de l'incision abdominale. Nous preferons fermer le petit bassin en renversant en arrière et en suturant par un fini surjet de soie aux réplis péritoneaux voisins, d'un ligament large à l'autre, le corne de l'uterus. (1)

Sutura — A sutura das paredes abdominaes, depois da castração, nada tem de particular, é perfeitamente identica á sutura feita depois de qualquer outra operação.

A sutura feita em um só andar é defeituosa, porquanto não sendo adaptados todos os planos, as eventruações são mais frequentes.

O melhor meio é a sutura em 3 andares. O peritoneo em primeiro lugar, é suturado por um surjet de catgut.

A camada musculo-aponevrotica é suturada depois por um surjet de catgut, ou melhor com pontos separados.

A sutura de pontos separados é superior, porque se um ponto falhar ou infectar, o resto da sutura póde ser poupada.

A pelle póde ser suturada de diversas maneiras : pontos separados com fio de prata ou de Florença, sutura continua com fios de sustentaculo profundos, sutura intra-dermica, etc.

Na Maternidade do Hospital de Misericordia, usam-se systematicamente os fios metallicos que têm incontestaveis vantagens.

De mais facil esterilisação os fios metallicos não drenam de nenhum modo a ferida, o que succede com a seda e muitos outros fios.

OBSERVAÇÃO I

T., preta, 20 annos de idade, brazileira, fez a sua primeira consulta no Gabinete de Gynecologia do Hospital da Misericordia, a cargo do Professor Dr. Feijó Junior, de onde fomos interno.

Menstruada pela primeira vez aos 12 annos de idade ; teve a sua primeira relação sexual aos 18 annos. Antes e depois deste acto, manteve-se a sua menstruação regular. Nunca teve filhos.

Como antecedente pathologico teve variola. Não teve syphilis ou outra molestia qualquer, a não ser a de que nos occupamos agora.

Na época da primeira consulta, sendo notado grande empastamento da bacia e diagnosticada uma sephingite dupla, provavelmente purulenta, foi a doente convidada a entrar para a enfermaria de Gynecologia do mesmo

(1) Doyen — Loc. cit.

Hospital, sob a direcção dos nossos illustres mestres Sr. Dr. Feijó e Dr. Carvalho Azevedo.

Passado o primeiro periodo agudo, foi feita a raspagem uterina e drenagem prolongada, da qual nos encarregamos, durante a licença do illustre collega Sr. Dr. Dariano Goulart, então interno de serviço.

A doente nos primeiros dias, melhorou bastante ; mas, alguns dias depois novo ataque agudo, veio perturbar a molestia, que marchava rapidamente para cura.

Nesta occasião foram prescriptas grandes injecçõos quentes, a permanencia de um sacco de borracha com agua quente sobre o ventre, repouso, tampões de glycerina e ichtyol, etc.

Para maior commodidade no tratamento foi a doente removida para a Maternidade, igualmente a cargo d'aquelles illustres mestres, tendo como interno do serviço o distincto collega Dr. Fernando Magalhães.

No fim de dois dias de tratamento a doente sentia-se perfeitamente bem e manifestava desejos de obter sua alta, que aliás não foi concedida, tendo continuado por alguns dias mais o mesmo tratamento. Após 8 ou 10 dias a doente podia ser julgada curada sendo então concedida a sua alta.

OBSERVAÇÃO II

A. J., de 30 annos de idade, entrou para a enfermaria 23, á cargo do Sr. Dr. Feijó Junior, queixando-se de dôres pelo ventre, febre, etc.

Examinada, foi feito o diagnostico de salpingite tuberculosa esquerda e proposta a raspagem, que foi feita.

Depois de alguns dias de repouso na enfermaria a doente teve alta para continuar os seus curativos no Consultorio do Hospital.

No Consultorio continuou a ser feita a drenagem do utero durante muito tempo, com glycerina formolisada a 1 por 100.

O kysto salpingiano tinha alternativa de esvasiamento, sem, entretanto, permanecer este estado durante muito tempo. No fim de alguns dias a trompa enchia-se de novo.

Apezar disto, as melhoras são extraordinarias, porquanto a doente que se queixava de dores intoleraveis no ventre, póde hoje perfeitamente voltar ás suas occupações primitivas.

Moradora em um dos suburbios desta Capital, supporta perfeitamente as viagens, um dia sim um dia não, indo ao consultorio onde é feito o curativo que consiste em lavagens intra-uterinas com solução de formol, cauterisação com o liquido de Gramatikati e drenagem com glycerina formolisada.

O estado geral da doente, é, senão excellente, muito satisfactorio, tendo após a operação adquirido mais forças.

Antecedentes — Teve 7 filhos, datando o ultimo parto de 1 anno e pouco, uma das prenhezes foi dupla.

Os partos foram todos faceis, sem intervenção e sem hemorrhagia. Nunca, depois dos partos, teve dores nem vomitos, nem ardor nas urinas. Nunca teve rheumatismo. Foi regrada pela 1ª vez aos 14 annos, sendo as regras antes da operação regulares, pouco abundantes, dolorosas e duravam

3 dias. Depois da operação nunca mais foi regulada. Teve corrimento branco pouco abundante.

Ha tempos começou a sentir dores no ventre, especialmente do lado esquerdo, dores que se irradiavam para as coxas e rins ; estas dores desappareceram depois da operação.

A primeira crise da molestia sobreveio bruscamente, o que motivou a sua entrada para o hospital.

Tem palpitações e falta de ar. Teve tosse e nunca teve escarros de sangue.

As urinas são claras, sem albumina, frequentes e sem dores.

O apparelho digestivo funcciona sem regularidade. Nunca teve crises nervosas.

OBSERVAÇÃO III

M. X., de 28 annos de idade, brazileira, conta que teve a sua primeira menstruação aos 13 annos de idade, sendo estas sempre em épocas regulares, durando 5 dias e precedidas de algumas dores.

Depois de casada a menstruação, apparecendo em épocas regulares, passou a durar 3 dias.

Antes da molestia actual foi sempre sadia, não se lembrando de ter tido molestia grave. O ventre foi sempre regular.

Ha 14 annos passados teve um aborto que não foi seguido de febre, nem alterações do fluxo catamenial.

Em dias do mez de Fevereiro de 1897, começou a sentir alterações em sua saude, o que a fez pedir auxilios de um medico.

Sendo, por este tempo, chamado o Sr. Dr. Arthur de Carvalho Azevedo este constatou haver febre bastante intensa, dores pelo ventre, vomitos, impossibilidade para o trabalho, etc.

Pelo exame bi-manual, aquelle illustre facultativo chegou ao diagnosde um tumor postero-lateral, fluctuante, provavelmente purulento.

Nestas condições, aconselhou intervenção cirurgica e, na impossibilidade de ser esta feita em casa da doente, fel-a remover para uma Casa de Saude.

A 18 de Fevereiro do mesmo anno, dois dias depois de examinada e medicada pelo distincto gynecologista, a doente deu entrada na casa de Saude dos Srs. Drs. Cata-Preta, Marinho e Werneck.

No trajecto do seu domicilio áquelle estabelecimento, houve um accidente — rompeu-se na vagina um abcesso que deitou muito pús.

Nestas condições o cirurgião limitou-se a fazer uma grande lavagem, depois de ter debridado mais o abcesso, e tamponamento á gaze iodoformada. A temperatura cahio durante alguns dias. A 21 de Fevereiro, tornando a subir a temperatura, foi feita nova intervenção, pelo fundo de sacco de Douglas, lavagem e drenagem.

Apezar, porém, de todos estes cuidados, a temperatura continuou elevada, de modo a forçar a mão do cirurgião no dia 3 de Março — nova intervenção pelo fundo de sacco posterior, abertura de novo abcesso, lavagem e drenagem.

Ainda, e apezar de tudo, a temperatura mantinha-se alta, o estado geral da doente peiorava, de sorte que o Sr. Dr. Carvalho de Azevedo decidio a fazer a castração uterina, o que foi marcado para o dia 18 de Março.

Neste dia, estando tudo preparado para a intervenção o Sr. Dr. Azevedo notou quando procedia novo exame da doente que uma nova bolsa purulenta havia feito caminho pela cloaca já existente, e fazia saliencia no fundo de sacco posterior.

Nesta emergencia, resolveu tentar não mais a hysterectomia vaginal, mas nova colpotomia.

Resolvido isto, fez incisão da bolsa que se apresentava e, em seguida uma grande lavagem com solução de sublimado. Drenagem e curativos diarios.

A temperatura começou, dessa época em diante, a cahir até a normal.

O estado geral melhorava consideravelmente até a cura completa.

A doente teve alta, curada, a 18 de Abril de 1897.

Depois de alguns mezes, apparecia a menstruação, que até hoje continúa regular.

A cura se mantém até hoje perfeita e a doente, sempre bem disposta e forte, entrega-se aos seus penosos affazeres sem reserva.

Este facto é de grandes ensinamentos praticos e vem provar que, como muitas vezes temos affirmado, muitos meios therapeuticos podem dar uma cura duravel das suppurações pelviannas.

OBSERVAÇÃO IV

M. F. C., 40 annos, nunca teve filhos nem abortos.

Sentindo-se bastante doente procurou no Hospital da Misericordia, a clinica do Sr. Professor Dr. Feijó Junior.

Sendo examinada por este eminente gynecologista, constatou a existencia de um fibroma uterino e além disso, de um tumor posterior, fluctuante, provavelmente purulento.

O estado da doente era máo : — febre alta, dores, emmagrecimento profundo, etc.

Sendo convidada a entrar para o Hospital e aceitando, foi a doente mandada para a enfermaria de Gynecologia d'aquelle estabelecimento.

Um ou dois dias depois de estar no serviço do Sr. Professor Feijó Junior, a doente teve um accesso de febre de 41°, febre que cedeu um pouco com injecções hypodermicas de chlorhydrato de quinina.

Como, porém, a temperatura se mantinha elevada, foi resolvida a abertura do fundo do socco posterior, afim de esvasiar o abcesso que provavelmente existia concomitantemente com o fibroma uterino.

Chloroformisada a doente, foi feita a colpotomia posterior que deu accesso a um grande abcesso, de onde foi retirado mais de um litro de pús, extremamente fétido. Grande lavagem da bolsa, drenagem a gaze iodoformada, curativo este que foi continuado diariamente, durante alguns dias.

Logo depois da intervenção a doente começou a melhorar e a temperatura cahio de 39°,5 e 40 a 37°.

A doente não querendo fazer operação para ablação do fibroma, pedio alta logo que se sentio curada da inflammação pelvianna.

Nos antecedentes da nossa doente, encontramos as seguintes informações : — Não se lembra da data da sua primeira menstruação.

Teve no começo da molestia corrimento branco, seguido de febre de 40º., razão porque procurou o Hospital.

Antes da molestia actual as regras eram abundantes, dolorosas, durando muitos dias e depois da molestia de que se curou, o mesmo succede, o que aliás é natural, porquanto a doente, além da imflammação aguda, tem um fibroma uterino.

O corrimento de que se queixa a doente existe desde longa data, é muito irritante e continuo.

As dores irradiadas, costumão melhorar com o repouso. Queixa-se a doente de palpitações.

De nada nos admirariamos se encontrassemos alguma cardiopathia, o que felizmente não se deu, porquanto temos observado que as molestias do coração coincidem frequentemente com os fibro-myomas uterinos.

Além da asthma não teve outra molestia do pulmão, entretanto informa ter tido escarros de sangue em épocas passadas.

A percussão e escuta pareceu-nos indicar uma alteração do apice do pulmão direito, o que, de certo modo, está em desaccordo com o estado geral da doente, que é bom.

O rapido exame que procedemos não póde, entretanto, ser decisivo.

O apparelho renal parece gozar de toda integridade funccional. As urinas são claras, sem albumina nem glycose.

As digestões são boas e as evacuação diarias.

Esta doente informa já ter soffrido de ataques, sem poder, porém, dar uma idéa do que foram.

A sua intelligencia está muito aquem da mediocre, razão porque se não póde ter muito em conta as suas informações.

OBSERVAÇÃO V

B. 25 annos de idade.

Desde algum tempo tem um corrimento branco, abundante, irritante.

Ha alguns dias sentindo-se muito peior, com febre, anorexia, pede para medical-a ao Sr. Dr. Carvalho de Azevedo.

Este facultativo examinando pela apalpação bi-manual, constatou a existencia de um tumor lateral esquerdo, separado do utero por um sulco manifesto e aconselhou uma intervenção cirurgica.

Aceita esta, foi feita uma salpingectomia uni-lateral.

Cura em 10 dias, tendo a ferida abdominal se conservado resistente. Não ha eventração. A cura se mantém desde 3 annos.

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

I

O peso de uma columna de mercurio de 760 millimetros equivale a pressão barometrica normal.

II

Os instrumentos destinados a medir esta pressão são os barometros.

III

O tubo de Torricelli é o mais simples dos barometros.

CADEIRA DE CHIMICA INORGANICA

I

As notações chimicas são differentes, conforme a theoria adoptada.

II

As notações podem ser escriptas ou pela theoria atomica ou pela dos equivalentes.

III

A regra seguinte permitte facilmente passar as notações de um para outro systema: — Dividir por 2 ou multiplicar pelo mesmo numero os elementos de atomicidade impar conforme a notação adoptada.

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA

I

Nos vegetaes superiores, póde-se affirmar, de um lado, que todas as condições de organisação tendem a contrariar a auto-fecundação e, de outro lado, que a fecundação cruzada é muito mais favoravel á especie.

II

Para apreciar o valor fecundante de um pollen, contam-se os fructos produzidos pelas flôres fecundadas e as sementes que estes fructos contém.

III

Este resultado podia ainda ser dado pelo peso das sementes.

CADEIRA DE ANANOMIA DESCRIPTIVA

I

As trompas uterinas, em numero de duas, são conductos que transportam o spermatozoide á superficie do ovario, e os ovulos do ovario á cavidade uterina.

II

Os oviductos estão situados na aza média do ligamento largo, ao lado do utero, com o qual fazem continuação.

III

As trompas de Fallope não podem nem se elevar nem oscillar em sentido transverso; mas tem grande mobilidade no sentido anterior ou posterior.

HISTOLOGIA

I

O utero compõe-se de 3 tunicas: externa ou serosa, média ou muscular e interna ou mucosa.

II

A tunica muscular é constituida por 3 camadas de fibras, uma externa comprehendendo fibras longitudinaes e transversaes, uma camada média de fibra plexiforme, e por ultimo, uma interna composta de fibras dispostas como as do plano externo.

III

A mucosa uterina apresenta caracteres differentes, conforme pertence ao corpo ou ao collo.

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

I

O succo gastrico é um pricipio contido no estomago dos animaes.

II

A pepsina tambem denominada gasterase ou chymosina é o seu principio activo.

III

A pepsina é uma materia solida que se apresenta sob a fórma de pequenas escamas translucidas, ligeiramente escuras, muito soluvel na agua acidulada, um pouco menos na agua pura e insoluvel no alcool.

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA

I

Segundo Rouget o mechanismo principal da hemorrhagia menstrual é a existencia, na espessura dos ligamentos largos, de fibras musculares lisas.

II

Essas fibras musculares, se contraindo, comprimem os vasos venosos e perturbam a circulação de retorno, sem influir na circulação arterial.

III

Desse facto resulta augmento de pressão nos capillares do utero que se rompem, produzindo a hemorrhagia menstrual.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

I

Não basta, para o desenvolvimento no organismo de uma molestia infecciosa, a penetração do micro-organismo especifico.

II

A's causas inherentes aos agentes infecciosos vêm se ajuntar as inherentes ao organismo humano.

III

Depois da penetração do virus ha luta declarada, guerra aberta entre os microbios e as cellulas defensoras do organismo.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

A inflammação póde ser caracterisada pelos 4 signaes cardinaes : *dôr, calor, rubor e tumefacção.*

II

A estes signaes póde-se reunir um quinto : o enfraquecimento ou suppressão total da funcção do orgão ou parte inflammada.

III

Algumas vezes pódem faltar, especialmente quando a inflammação tem marcha chronica, alguns daquelles symptomas.

CADEIRA DE CHIMICA ANALYPTICA E TOXICOLOGICA

I

Para a pesquiza do phosphoro é empregado o apparelho de Mitscherlich que revela qualquer porção do metalloide.

II

Esse apparelho procura por em contribuição a propriedade que tem o phosphoro de ser levado pelos vapores de agua e luzir na obscuridade.

III

As substancias — alcool, ether, therebentina, phenol, etc., oppõem-se á producção da phosphorescencia e tornam o apparelho inaplicavel.

CADEIRA DE CHIMICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

O mercurio é o medicamento especifico no periodo secundario da syphilis.

II

E' de rigor só empregar o mercurio emquanto durarem as lesões, afim de ser evitada a accumulação medicamentosa.

III

A stomatite dita mercurial não é fatal com a administração do medicamento, antes é ella uma molestia pathogenicamente independente.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

I

A chlorose é sobretudo uma molestia do sexo feminino cuja apparição parece intimamente ligada á evolução dos orgãos genitaes.

II

A hereditariedade occupa importante papel no desenvolvimento da molestia ; as perturbações menstruaes, emoções, falta de luz, etc., são a causa occasional.

III

Os ferruginosos são os medicamentos mais commummente empregados, entretanto, agita-se modernamente a questão do emprego da ovarina e succo ovarico para substituil-os ou coadjuval-os.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

I

O choque traumatico é uma complicação séria dos grandes esmagamentos do membro, queimaduras, etc.

II

Ha duas fórmas de choque ; — a torpida e a erethica.

III

Os accidentes que caracterisam esta complicação se desenvolvem rapidamente : apparecem immediatamente depois do accidente ou o seguem muito de perto.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

O chloroformio descoberto por Soubeyran na França em 1831 e por Liebig na Allemanha, é um liquido incolor de cheiro suave e ethereo, sabor picante e assucarado.

II

Durante muito tempo o chloroformio figurou nas collecções como raro objecto de curiosidade e de interesse puramente scientifico.

III

Interiormente é anti-spasmodico ; mas o seu emprego mais util é como anesthesico geral, o que vem confirmar a phrase de Wuntz de que nada é inutil na sciencia e que a pesquiza da verdade conduz cedo ou tarde á descoberta do util.

CADEIRA DE CLINICA PROPEDEUTICA

I

A altura do som de percussão depende sempre do numero de vibrações executadas na unidade de tempo.

II

Quanto maior fôr o numero de vibrações, tanto mais agudo será o som.

III

A altura do som de percussão depende tambem da tensão dos orgãos e do volume do meio aereo posto em vibração.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I

Os aneurismas arterio-venosos da axillar são raros.

II

No tratamento desses aneurismas devem ser banidos a compressão, a galvano-punctura, etc.

III

O tratamento de escolha deve ser a ligadura do sacco e a extirpação.

CADEIRA DE CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

A ophtalmia dos recem-nascidos tem sua origem n'uma infecção produzida pela secreção das partes genitaes, séde de catharro virulento.

II

E' quasi sempre durante a passagem da cabeça do feto na vagina, que a infecção tem lugar.

III

O tratamento consiste em instillações de nitrato de prata e desinfecção larga dos olhos.

CADEIRA DE OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

Dá-se o nome de laparotomia á abertura do abdomen em um ponto qualquer.

II

A laparotomia póde ser exploradora ou final, isto é, sufficiente para os fins therapeuticos.

III

A laparotomia exploradora é hoje aceita por todos ; ella permitte julgar da operabilidade de um caso dado e de decidir o melhor modo da intervenção.

CADEIRA DE ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A trompa de Fallope, ou oviducto, é um conducto encarregado de transportar o ovulo do ovario, onde elle se forma, ao utero, onde elle se desenvolve.

II

A trompa occupa a aza média do ligamento largo.

III

Está situada atraz do ligamento redondo, adiante do ovario, apresentando a fórma de uma trombeta, d'onde o seu nome, cuja embocadura volta-se para o utero e o pavilhão para e ovario.

CADEIRA DE THERAPEUTICA

I

Da-se o nome de antidotos ás substancias que se neutralisam por acções chimicas.

II

Os acidos são os antidotos das bazes.

III

Não devem ser confundidos os antidotos com os medicamentos antagonistas; aquelles são neutralisantes chimicos, ao passo que estes produzem no organismo effeitos oppostos.

CLINICA CIRURGICA (1ª CADEIRA)

I

Um dos melhores signaes dos kystos do mesenterio é a mobilidade, sobretudo no sentido transverso.

II

Outro signal importante, quasi pathognomonico, é a existencia de uma zona sonora adiante do tumor.

III

Estes signaes, entretanto, não se apresentam sempre constantes e nitidos, podem faltar.

CLINICA MEDICA (2ª CADEIRA)

I

A endocardite não é uma inflammação.

II

A endocardite é uma molestia bacteriana.

III

A medicação anti-phlogistica deve, portanto, ser banida do tratamento da endocardite.

CADEIRA DE CLINICA PEDIATRICA

I

A predisposição morbida do systema nervoso da criança não é a mesma em todas as suas partes.

II

O cerebro da creança é sujeito a muitas affecções, ao passo que a medulla, afóra as molestias congenitas, é mais raramente affectada.

III

As convulsões são, entre as nevroses, as mais communs na infancia.

CADEIRA DE HYGIENE

I

O aleitamento póde ser natural ou artificial:

II

O aleitamento natural é superior ao artificial, sendo o materno superior ao mercenario.

III

Na creança syphylitica deve ser adoptado o aleitamento artificial quando fôr impossivel o aleitamento materno.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

I

A docimasia pulmonar é o meio mais seguro para verificar-se se o feto teve ou não vida extra-uterina.

II

De todas as especies de docemasia a mais empregada é a hydrostatica.

III

Exsitem, porém, circumstancias que prejudicam e annullam os seus resultados, circumstancias que devem ser conhecidas do perito, afim de dar-lhes o competente valor.

CADEIRA DE OBSTETRICIA

I

O parto forçado deve ser preferido á operação cesariana pos-mortem.

II

E' este o unico indicado quando a cabeça está profundamente insinuada na escavação.

III

A resistencia do collo uterino modifica-se oxtraordinariamente depois da morte, facilitando a sua dilatação,

CLINICA MEDICA (1ª CADEIRA)

I

A angina de peito é uma molestia que se caracterisa pela stenose das coronarias e ischemia do myocardio.

II

Esta é a angina de peito verdadeira, aquella de que se morre, na phrase de Huchard.

III

As falsas anginas de peito devem antes ser denominadas— *cordicalgias*, — como admitte G. Sée.

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A pelvimetria é o meio de diagnosticar os vicios da bacia.

II

A pelvimetria póde ser interna ou externa.

III

O melhor meio de medir o diametro antero-posterior da bacia é a pelvimetria digital.

CADEIRA DE CLINICA PSYCHIATRICA E MOLESTIAS NERVOSAS

I

Dá-se o nome de hysteria, denominação impropria, ao conjuncto de perturbações funccionaes ou dymnamicas do systema nervoso, perturbações diversas e numerosas que, se grupando, associando-se de mil modos, realizam, segundo os casos, syndromas clinicos infinitamente variaveis.

II

A hysteria não é uma molestia especial ao sexo feminino, mas propria aos dois sexos e, segundo modernas pesquizas, mais commum no sexo masculino.

III

O hystero-traumatismo é uma verdade e deve interessar muito de perto o cirurgião.

HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Mulieri utero gerentem morbo quopiam ocuto corripere, lethale.

(Sec. V, Aph. XXX.)

II

Mulıeri menstruis deficientibus ex naribus sanguinem fluere, bonum.

(Sect. V, Aph. XXXIII.)

III

Si fluxui mulieri convulsio animi deliquium superveniat, malum.

(Sect. V, Aph. LVI

IV

Mulieri in utero gerenti, tenesmum superveniens abortire facit.

(Sect. VII, Aph. XXVII.)

V

Mensibus copiosibus prodentibus morbi contingunt, non prodentibus ab utero finit morbi.

(Sect. V, Aph. LVII.)

VI

Mulieri in utero gerenti vena secta abortionem facit id que potissinium, si fœtus grandior fuerit.

(Sect. V, Aph. XXXI.)

VISTO — Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, em 7 de Outubro de 1899.

O Secretario, *Dr. Eugenio de Menezes.*